ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIRETTI DAL **Prof. DOMENICO CHIARA** (FIRENZE)

CON LA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI:

Prof. **C. Belluzzi** (Bologna)
Prof. **L. Cazzani** (Cagliari)
Prof. **G. Chiarleoni** (Vercelli)
Prof. **D. Chiara** (Firenze)
Prof. **G. Corradi** (Firenze)
Dott. **G. Cosentino** lib. doc. (Palermo)
Prof. **E. F. Fabbri** (Modena)
Dott. **E. Fasola** lib. doc. (Firenze)
Dott. **G. Kirch** (Firenze)
Prof. **C. Liebman** (Trieste)
Prof. **G. Madruzza** (Perugia)
Prof. **L. Mangiagalli** (Catania)
Dott. **O. Marchionneschi** (Pisa)
Dott. **A. Martinetti** (Firenze)
Prof. **O. Morisani** (Napoli)
Prof. **P. Negri** (Novara)
Prof. **E. Pasquali** (Roma)
Prof. **P. Pellizzari** (Firenze)
Dott. **Rosario Pugliatti** (Messina)
Dott. **G. Scarlini** (Siena)
Dott. **N. Simula** (Sassari)
Prof. **G. Valtorta** (Venezia)
Dott. **M. Vercelli** (Saluggia)
Prof. **E. Welponer** (Trieste)

E REDATTI

dal Dott. **EMILIO FASOLA**
Aiuto-Professore nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze

COL CONCORSO DEI

Dott. **GIULIO KIRCH**

E

Dott. **ANTONIO MARTINETTI** (Firenze)
Medici-assistenti nell'Istituto suddetto.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

Anno VII — 1885

MILANO
TIPOGRAFIA DI PIETRO AGNELLI
Via Pietro Verri, 16

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7392id1398935

INDICE

Memorie Originali.

1. Agricola. — Una rivista ginecologica nella Comunità di Oneida (Provincia di Nuova-York) . . . . . *Pag.* 371
2. Bolzoni G. — Sulla patogenesi dei vari vizii del bacino . » 335
3. Chauvenet G. e Negri P. — Gravidanza extra uterina felicemente curata con la elitrotomia . . . . . » 23
4. Chiara D. — L'antipirina in ostetricia e l'amministrazione ipodermica del ferro nella cura dell'anemia . . . . » 1
5. Chiara D. — Casistica contributo alla tecnica della ovario-isterectomia comune e di quella cesarea . . . . » 161-290
6. Chiara D. — La profilassi o antisepsi indiretta nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze . . . . . » 422
7. Chiara D. — Un errore diagnostico e sue conseguenze . » 453
8. Chiara D. — La menopausa artificiale o chirurgica come cura de' fibromiomi dell'utero e de' disturbi che si associano a codesti tumori . . . . . » 513
9. Chiarleoni G. — Peritonite generale in gravidanza. . . » 317
10. Cosentino G. — Feto papiraceo e trasformazione fibro-grassosa del tessuto della placenta corrispondente (gravividanza gemellare) . . . . . » 321

11. Cosentino G. — Tre ovariotomie all'Ospedale Civico di Palermo . . . . . *Pag.* 389

12. Fasola E. — Contributo allo studio dell'origine dell'imene, a proposito di un caso di ematocolpo per mancanza della parte inferiore della vagina e dell'imene. Rapporto fra lo sviluppo dei genitali femminili con lo sviluppo e la forma del bacino . . . . . » 146-279

13. Fasola E. — Contributo alla microbiologia lochiale . . » 262

14. Fibbi. — Intorno un caso di amputazione utero-ovarica per distocia delle parti molli . . . . . » 430

15. Kirch G. — Rendiconto delle sedute della Società Italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria . . . . . » 409

16. Mangiagalli L. — Gravidanza gemellare e idramnios . » 69

17. Marchionneschi O. — Di una antiversione uterina e sue consociazioni morbose . . . . . » 299

18. Martinetti A. — Casistica di Ginecologia nel R. Istituto Ostetrico Ginecologico di Firenze — Enucleazione per vaginam di un fibroma uterino . . . . . » 29

19. Martinetti A. — Due casi di gravidanza extra-uterina seguiti da guarigione senza l'intervento chirurgico . . . » 170

20. Masini A. — Sopra un caso di perforazione centrale del perineo e sopra la sua etiologia . . . . . » 80

21. Mori G. — Caso clinico di un'anemia profonda complicata a gravidanza, guarita con le injezioni ipodermiche di citrato di ferro . . . . . » 433

22. Mori G. — 2.° Caso di guarigione avuta dalle iniezioni di citrato di ferro in donna anemica complicata a gravidanza » 543

23. Mori G. — 3.° Caso di guarigione ottenuta dal citrato di ferro in donna semplicemente ma profondamente anemica « 546

24. Morisani O. — 50 donne operate da fistole uro-genitali . » 467

25. Negri P. — Due note di ginecologia . . . . . » 10

26. Negri P. — Contributo allo studio del puerperio morboso » 111

27. Negri P. — Laparotomia per gravidanza extra-uterina . » 127

28. Negri P. — Sull'ernia diafragmatica congenita . . . . *Pag.* 138
29. Negri P. — Studii e ricerche di ostetricia:
La temperatura delle mammelle nel puerperio . . . . . » 189
La lunghezza del piede in relazione allo sviluppo fetale. . . . . » 220
Ancora sulla diagnosi della morte del feto con il palpamento addominale . . . . » 223
Di alcuni rapporti fra mestruazione e sviluppo del feto a termine . . . . . » 227
Il cranioclaste di Auvard . . . . . » 252
30. Negri P. — Prospetto clinico della Scuola pareggiata di Ostetricia in Novara per l'anno scolastico 1884-85 . . » 440
31. Piccinini. — Nota clinica di un fibro-mioma della parete anteriore uterina ridotto colla elettricità a corrente continua . . . . . » 458
30. Pinzani. E. — Contributo allo studio degli effetti che ha in alcuni casi l'antisepsi rigorosa fatta durante il puerperio . . . . . » 87
31. Ulietti C. — Due operazioni cesaree Porro con esito felice a Bergamo . . . . . » 437

Traduzioni.

1. Kirch G. — Della versione combinata nella cura della placenta previa . . . . . » 32-101

Rassegna di lavori nazionali.

1. Cuzzi A. — Il cranioclaste del Braun e la inclinazione della base craniana nelle gravi viziature del bacino . . . . *Pag.* 548
2. Falaschi E. — Storia di una istero-ovariotomia cesarea (operazione del Porro) . . . . . » 50
3. Inverardi G. — Ricerche e studi per arrivare alla diagnosi della coniugata ostetrica . . . . . » 552
4. Marchionneschi O. — Inversione uterina post-partum . » 50
5. Marta G. B. — Il Galattocele . . . . . » 46
6. Minati C. — Lo speculum delle partorienti inventato per uso clinico . . . . . » 557
7. Pinzani E. — Intorno a una cagione tutta speciale della inerzia uterina nel parto e dopo di esso . . . . . » 49
8. Pugliatti R. — Un caso di cefalematoma doppio — Etiologia sopra saggio-clinico-sperimentale, ecc. . . . . » 51
9. Romiti G. — Nuove osservazioni sulla struttura dell'ovaia umana. I. Il rivestimento epiteliale ed il suo significato . . . . . » 312
10. Tibone D. — Sul tecnicismo e sul valore del metodo del Krause nella interruzione della gravidanza, e di una nuova causa patogenica valevole ad eccitare la contrazione nterina. . . . . » 559
11. Turretta A. — Sulla guarigione spontanea di un cistoma dell'ovaia . . . . . » 51
12. Turretta A. — Di un caso di spina bifida guarita con la legatura elastica e sui metodi di cura di tale infermità. . . . . » 51

Rassegna di lavori stranieri.

1. Auvard A. — Della pinza ossivora e del cranioclaste . . *Pag.* 178
2. Doleris A. — Considerazioni intorno alla rigidità dell'orificio uterino nel soprapparto. Studio sulla rigidità del collo d'origine sifilitica . . . . . » 177
3. Franz. — Dieci casi di rottura dell'utero . . . . . » 58
4. Freeland Barbour A. H. — Spinal deformity in Relation to Obstetrics . . . . . » 53
5. Freeland Barbour A. H. — The anatomy and relation of the uterus during the third stage of labour and the first days of puerperium . . . . . » 55
6. Graily Hewitt. — Sul vomito incoercibile della gravidanza » 507
7. Heilbrun. — Eine sectio cæsarea nach Porro . . . . » 57
8. Heilbrun. — Contribuzione alla estirpazione totale dell'utero canceroso . . . . . » 60
9. Hopkins Walters. — Sull'avulsione post-partum dell'utero seguita da guarigione . . . . . » 505
10. Küstner Otto. — Operazione nel prurito vulvare . . . » 186
11. Löwenthal. — Una spiegazione nuova del processo mensruo . . . . . » 62
12. Matthews Duncan. — Sulle rivoluzioni fetali . . . . » 505
13. Matthews Duncan e J. B. Harry. — Sulle estensioni o etroflessioni del feto e specialmente del tronco durante la gravidanza . . . . . » 505
14. Mitchell A. — Le forti emozioni morali che colpiscono la donna nella gravidanza considerate come causa di idiozia del prodotto del concepimento . . . . . » 502

14. Pelzer. — Ritenzione di un feto morto fino al termine normale della gravidanza . . . . . *Pag.* 185
15. Playfair. — Nota sull'assorbimento, con esito di guarigione, di un trombo dell'arteria polmonale nello stato puerperale . . . . . » 503
16. Plönies. — L'impiego del cucchiaio tagliente nella endometrite puerperale . . . . . » 58
17. Richard Haidlen. — Una contribuzione alla conoscenza del liquido amniotico . . . . . » 187
18. Thelen. — Estirpazione di un fibroma retroperitoneale del collo uterino . . . . . » 58
19. Zeiss. — Emorragia pericolosa per una lacerazione dell'imene indotta dal coito . . . . . » 185
20. Zeiss. — Rottura della volta vaginale per coito . . . . » 185
21. Walter Kilner. — Sui vantaggi della corrente indotta nell'atto del parto . . . . . » 500
22. Wiedow. — Contributo al trattamento operativo del piosalpinge . . . . . » 186
23. Williams J. — Sull'ulcera corrodente della bocca uterina . » 497
24. Wyder. — Parto in un caso di atresia vaginale e fistola cisto-vaginale . . . . . » 61

Notizie.

1. Concorso al posto di Professore di Ostetricia nella R. Università di Messina . . . . . » 68
2. Amputazione cesarea utero-ovarica (metodo Porro) . . . » 68
3. Una nuova Società di Ginecologia . . . . . » 68
4. Scuola pareggiata di Ostetricia in Novara . . . . . » 407
5. Società di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. . . . . » 408-563
6. N. 4 laparotomie con splendido successo . . . . . » 512
7. Maternità di Lucca. . . . . » 512

Rivista.

1. The Britsh Gynæcological Journal . . . . . *Pag.* 402

Necrologie.

1. Gaspare Nicola . . . . . » 409
2. Carlo Filippo Robin . . . . . » 512
3. G. Valtorta . . . . . » 563

---

1. Indice Bibliografico dei lavori di ostetricia, ginecologia e pediatria pubblicati ne' giornali medici italiani l'anno 1884 » 65
2. Libri venuti in dono al Giornale . . . . . » 188
3. Bibliografia . . . . . » 307

Vol. VII. Gennaio-Febbraio 1885 N. 1-2.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

L'ANTIPIRINA IN OSTETRICIA

E

L'AMMINISTRAZIONE IPODERMICA DEL FERRO

NELLA CURA DELL'ANEMIA

SUNTO

di una Conferenza

del Prof. D. CHIARA

Direttore del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

SIGNORI.

Il 14 dicembre u. s. prendeva congedo da noi e in ottimo stato di salute una puerpera che molti tra voi hanno potuto vedere per assai tempo nella sala Vespa, N. 4.

Questa donna fu movente a poche osservazioni clinico-sperimentali da noi fatte sull'azione ostetrica dell'antipirina: per questo titolo, e anche per dare a me conveniente occasione di farvi noto il risultamento di codeste osservazioni mette conto che ve n'esponga una breve istoria.

Entrava cotesta donna nella nostra Clinica la sera del 28 ottobre: gravida per la 5ª volta aveva goduto sempre buona salute fino a 4 giorni prima del suo ingresso nell'Istituto dove la traevano alcune sofferenze dell'apparato respiratorio, cioè tosse, affanno, dolore alla base del costato destro con temp. elevata.

Dall'anamnesi raccolta da uno di voi rilevo che l'ammalata, di 33 anni, attendente alle cure domestiche, ha costituzione apparentemente robusta, niuna tabe gentilizia, genitori vivi e sani, sani i suoi più prossimi congiunti. Le quat-

tro gravidanze precedute furono regolari e seguite da parti e puerperii fisiologici; allattò i suoi nati, e gli allattamenti procedettero bene, lasciandola per altro alquanto sparuta ed irritabile. La gravidanza ultima, che fu pur essa fisiologica fino a 4 dì prima dell'ingresso della donna in Clinica, giudicando non col calendario, al quale la memoria della donna non viene in aiuto, ma con l'esame ostetrico, sarebbe giunta ai primi giorni del 9° mese. Con la palpazione si avverte l'estremo cefalico fetale in basso, il dorso a sinistra e in avanti e le parti piccole al fondo, verso destra e posteriormente, assai mobili di mobilità attiva: e la vita del feto è dimostrata pure con l'ascoltazione che rileva il battito cardiaco nel quadrante inf. sinistro, piuttosto frequente per altro e poco distinto: scheletro e pelvi ottimamente conformati, mammelle, pareti addominali, pudendo esterno, vagina e porzione sottovaginale dell'utero come suolsi trovare in donna multipara, niun indizio apparente o nascosto di travaglio.

La espettorazione di color ruggine, l'affanno, la tosse, il dolor laterale, il soffio bronchiale, l'altezza del suono alla percussione verso il 3° inferiore del torace destro imponevano la diagnosi « pneumonite basilare destra »; il polso sta fra 100 e 120, il respiro da 32 a 44 e più tardi anche più frequente, la temp. da 38 al momento dell'ammissione, a 40,6 la sera del 2° giorno; nulla di notevole nei centri nervosi, nel cuore, nell'apparato gastro-epatico e urinario. Si prescrivono epitemi gelidi sul luogo dolente, e per bocca un infuso di ipecacuana. La notte fu alquanto inquieta; verso il tocco del mattino (30 ottobre) un brivido non intenso, ma durato più di un'ora; l'affanno e la tosse in aumento; la temp. va crescendo e la sera alle ore 3 il termometro segna 40,6, polso 120, respiro 36. Si prescrivono 4 grammi di antipirina divisi in 4 parti uguali da prendersi nello spazio di 2 ore.

Alle 6 pom. del medesimo giorno 30 fu propinata la 1ª presa, e alle 7 1/2 i quattro grammi erano consumati. La temp. ch'era 40 nel momento di porgere la 1ª dose scendeva a 37,5 alle 9 pom., a 36,8 alle 12 di notte, e 36,5 alle 3 ant. del 31; il polso modificavasi esso pure da 106 scendendo a 88, il respiro da 36 a 28. Contemporaneamente, cioè alle 8 pom. risvegliavasi la contrattilità uterina che mantenendosi regolare, e crescendo ritmicamente, portava completa dilatazione dell'utero e poi rapidissima espulsione verso le 3,15 ant. del 31 di un feto vivo, sano, ben conformato, pesante 2250 grammi, lungo 48 ctm. dal diametro biparietale di 85 mm. e mentoccipitale 120.

Il travaglio esordito 2 ore dopo la 1ª dose di antipirina compievasi appena 7 ore più tardi e 15 minuti precisi dopo che la temper. da 40 era scesa sino a 36,5; il puerperio fu regolarissimo nella sua fenomenia propria; ma la forma o localizzazione polmonare si mostrò assai ostinata, prese un andamento subacuto, si risolveva lentamente e la donna non fu completamente guarita sino al 14 dicembre, cioè 50 giorni dopo l'inizio del male.

Lasciamo, signori, da banda tutto quanto si ottiene al processo morboso che non è di nostra spettanza sebbene a noi toccasse curarlo, e intratteniamoci brevemente del tempo e modo del parto. Se questo fosse avvenuto, come avvenne, nell'acme del processo pneumonico curato secondo la pratica comune, noi non ce ne occuperemmo più che tanto: corre tra i pratici e ne' libri la convinzione e la sentenza che la prognosi della pneumonite in gravidanza sia sempre grave, e frequente la interruzione della gravidanza, senza che l'accidente modifichi l'andamento del morbo, quando non lo precipiti verso l'esito funesto. Se io dovessi esporre in questo momento, e qui tra noi, la mia convinzione su codesto punto di patologia e quale mi venne dai non pochi casi osservati da due anni in questo Istituto, esporrei o rappresenterei tale convinzione in un quadro a tinte meno fosche sì per la prognosi della pneumonite gravidica, che per quella relativa alla interruzione della gravidanza, chè questa non vidi frequente, e quella guarire sempre. Ma non è questo, per quanto importante, l'argomento sul quale desidero intrattenervi; torniamo al caso nostro. Avendo prescritto un antitermico nuovo per combattere la iperpiressia nella nostra pneumonica, e avendo la donna partorito rapidamente 7 ore appena dopo incominciata l'azione dell'antipirina era naturale, doveroso anzi per noi, domandarci se per avventura non fosse una relazione tra il parto anticipato e l'antipirina che fu amministrata; era doveroso insomma indagare se la eccitazione della contrattilità uterina fino al parto fosse da mettersi tra gli effetti fisiologici dell'antipirina e a questa quindi si dovesse il parto avvenuto e non alla ipercarbonizzazione del sangue portata dalla pneumonite, nè alla ipertermia durata qualche ora e bruscamente tolta dall'antipirina.

Gli è per trovare una risposta a codesto quesito che noi facemmo le osservazioni clinico-sperimentali accennate sull'esordio del mio discorso. Premetto, signori, che a giudizio concorde de' farmacologi e de' clinici sì nostrani che stranieri i quali studiarono l'antipirina, questo derivato dalla chinolina dal nome altisonante e discretamente barbaro di dimetilossichinolina, è dotata di azione moltissimo analoga per non dire identica a quella della cairina, ma che a questa si mostra superiore perchè l'azione sua è più durevole; aggiungono sempre concordi, e questo punto ha per me grandissima importanza, che alla dose terapeutica e anche più in là, con l'uso dell'antipirino non si osserva cianosi, cefalea, collasso, rarissimamente il vomito e talvolta una specie di ebbrezza, quando la dose sia alta e il febbricitante indebolito.

Questa *buona indole* o innocenza quasi assoluta dell'antipirina a dose terapeutica che tutti gli osservatori affermano, legittimava, rispetto al punto che ci importa, lo studio sperimentale sulla donna piuttosto che negli animali inferiori; e così mentre da un lato non si correva pericolo di meritare la taccia d'inu-

mano, di temerario e di crudele, dall'altra si evitavano, mettendoci su codesto terreno, tutte quelle obbiezioni che si associano alle conclusioni tratte dagli studiosi di farmacologia sperimentale negli animali inferiori, specie quando da codeste conclusioni si vuol trarre norma per la medicina umana.

Accolta così la convinzione di fare opera più rigorosamente scientifica e niuna offesa a quei sentimenti che voglionsi tanto più rispettare quanto più apparentemente si sia nelle occasioni di offendere, feci porgere a 12 giovani donne gravide, sane e robuste una dose di antipirina uguale a quella che nella nostra pneumonica s'era data per combattere la iperpiressia. Le 12 donne devono essere divise in 2 gruppi; un gruppo di 7 non ancora giunte al 9° mese di gravidanza, e l'altro di 5 non soltanto entrate nel 9° mese, ma prossime al parto, ma non imminente questo, acciò non si potesse parlare di coincidenza nel caso che l'antipirina dispiegasse veramente una qualche azione eccitante sulla fibra uterina.

Era poi fare omaggio al rigore clinico questo procedere nostro, avvegnacchè la eccitabilità dell'utero sia differente e correlativa alle varie età della gravidanza di guisa che torni all'ostetrico tanto più agevole provocare le contrazioni uterine quanto più avanzata è la gestazione, tanto più difficile quanto meno inoltrata; e siccome la indicazione dell'antipirina in gravidanza può al pratico affacciarsi ora sull'esordio della gestazione ora sulla metà del corso di essa, ed ora verso il termine, così volendo fare qualche ricerca sperimentale, bisognava comprendere nel problema o quesito tutte codeste possibilità. Ecco perchè le donne furono scelte a vario periodo di gestazione comprendendovi primipare e multipare e aggiungo, e non è mestieri dirne le ragioni, che furono scelte tali che presentassero condizioni fisiologiche e anatomiche, vuoi comuni, vuoi ostetriche, analoghe; identiche si sarebbe dovuto volere se la identità in questi casi fosse mai possibile!!

A tutte indistintamente venne pôrta la dose di 4 grammi di antipirina nello stesso modo (per bocca) alla medesima ora del giorno, e quindi presumibilmente in condizioni gastriche e nervose molto analoghe; dico così perchè le osservazioni vennero fatte sopra gravide nubili che fanno vita in comune e che generalmente hanno analogia grandissima di preoccupazioni morali. Naturalmente per ognuna delle donne soggette a codesta prova fu tenuta nota speciale sulla cartella cubicolare e clinica; si lasciò passare il tempo che il caso speciale doveva richiedere perchè il parto fosse compiuto quando l'antipirina fossesi mostrata inerte: quindi se ne fece lo spoglio ed ecco quanto si deduce dalle dodici cartelle cliniche.

A) Niuna delle gravide componenti il 1° gruppo presentò fenomeni che direttamente o indirettamente da vicino o da lontano accennassero a un risveglio anche lieve della contrattilità uterina.

B) Delle donne componenti il 2° gruppo una si sgravò 24 ore dopo amministrata l'antipirina: è un intervallo solo *apparentemente breve,* perchè la porzione sottovaginale del collo uterino stava disfacendosi quando fu data l'antipirina, e se questa dispiegasse veramente una qualche azione oxitocica, la donna si sarebbe sgravata più presto e quando l'antipirina era tuttora nell'organismo, non dopo che questo l'aveva eliminato: nelle altre l'intervallo fu maggiore, quindi a fortiori stanno per esse le considerazioni fatte per la prima.

Signori. — Da queste dodici osservazioni clinico-sperimentali che, ritenuta la natura dell'argomento, non sono poche, mi reputo autorizzato a conchiudere:

1° Che l'antipirina data in dose terapeutica non dispiega effetto apprezzabile che possa far credere a una particolare azione oxitocica o eccitante della fibra uterina durante la gravidanza, e in istato fisiologico.

2° Che lo stato di maternità sì fisiologico che patologico non modifica in verun modo la sindrome fenomenica dalla quale si giudica l'azione dell'antipirina.

3° Che presentandosi nel corso della gravidanza la indicazione di combattere la iperpiressia si possa con tutta sicurezza, quanto alla gravidanza, porgere l'antipirina. Gli è quanto viene provato dalla ricoverata gravida N. 274 nella quale fu data già due volte l'antipirina per combattere una febbre pseudo intermittente senza che siasi presentato fenomeno indicante un'azione qualunque sull'utero; la gravidanza continua con tutta regolarità: — l'apiressia si ottenne come nelle condizioni ordinarie.

4° Come gli altri antitermici, come il chinino, l'antipirina se data in tempo, togliendo la iperpiressia, può concorrere piuttosto alla continuazione della gravidanza che alla interruzione, togliendo un possibile fattore di questa ch'è l'alta temperatura.

Poche parole ancora, o signori, e queste per un argomento altrettanto, per non dire più importante, la cura dell'anemia quale venne da noi fatta nella donna che vi presento. Come al medico comune, occorre frequentemente all'ostetrico, il compito di curare quel complesso stato morboso che comunemente chiamiamo anemia. È inutile dichiararvi che questa parola non intendiamo in senso assoluto o letterale, ma relativo, chè in generale si tratta di mala composizione del sangue, vuoi per alterazione chimica, vuoi per alterazione istologica, vuoi per ambedue le cause riunite. Vogliono taluni (G. See) che messa da banda l'anemia vera postemorragica, s'abbiano a distinguere 4 tipi di anemia cronica: 1° la oligoemia, 2° l'anemia globulare, 3° l'idremia, 4° la desalbuminemia. Altri, come il Jaccond, distinta la clorosi cui danno il nome di anemia globulare am-

mettono l'anemia vera o postemorragica, l'anemia sierosa o poliemia e l'anemia albuminosa o idremia. Siffatte distinzioni non hanno più oggidì grande importanza presso i clinici, volendo questi che si concentri tutta l'attenzione del pratico sul fatto che le ricerche chimiche, microscopiche e spettroscopiche avrebbero dimostrato fondamentale dell'anemia e sue varietà, voglio dire la diminuzione ed alterazione delle emasie con aumento vero o soltanto relativo dei leucociti. Chiamo vero quello dato dall'aumento nel numero, relativo quello che vien dato invece dalla diminuzione nel numero de' globuli rossi; nel 1° caso la relazione fra emasie e leucociti viene alterata per l'aumento dei leucociti, nel 2° caso per la diminuzione dei globuli rossi. Nell'anemia come ora si comprende (diminuzione delle emasie e alterazione del loro valore individuale) il fatto sostanziale viene ad essere la diminuzione ed alterazione del potere respiratorio del sangue del quale il vero fattore è la ossiemoglobina che spogliata dell'ossigeno diventa emoglobina; essa forma con l'ossigeno una combinazione debole, d'onde avviene che i corpi avidi di ossigeno e gli stessi gas indifferenti possono sottrarre l'ossigeno alla ossiemoglobina trasformandola in emoglobina ridotta. Il ferro è parte costituente della emoglobina e gli si attribuisce un ufficio importante nella combinazione dell'emoglobina con l'ossigeno senza che per altro si abbia finora una dimostrazione precisa di codesto ufficio.

Checchè sia di tutto ciò e qualunque sia la forma o varietà di anemia che si affacci (ove si voglia mantenere una classazione scolastica) il fatto è che posata la diagnosi di anemia è implicitamente consigliata l'amministrazione del ferro. È cognizione volgarissima che il ferro vale correggere la crasi sanguigna in qualunque modo alterata, ed è pratica popolare l'amministrazione del ferro agli anemici. E notate, o signori, che la clinica e la chimica fisiologica sono ancora oggidì a domandarsi se il ferro giova veramente nel senso di aumentare il numero dei globuli rossi, unico modo per aumentare il fattore del potere respiratorio del sangue. Ma mentre la scienza indaga e discute, l'anemia continua presentarsi frequente, e forte della esperienza o empirismo secolare il medico continna nella prescrizione del ferro. Supponiamo che il medico convinto della inefficacia non lo prescrivesse, troverebbe modo il malato di fare *en cachette* quella cura che non gli permette il suo medico.... tanto vale che questo acconsenta ottenendo al suo cliente il vantaggio di un modo e di una forma scientifica di amministrazione del farmaco. Gli è, o signori, che una delle questioni più importanti è precisamente questa « quale sia il preparato ferruginoso che l'organismo meglio tollera e più assorbe » e questa importanza potete fino a un certo punto dedurre dal numero quasi infinito de' preparati che la farmacia possiede e dal numero de' nuovi che giornalmente s'avviano a tener compagnia a' vecchi dimostrando un'altra volta che « ricchezza terapeutica è miseria. » Così si hanno

acque ferruginose naturali e artificiali, e tinture e siroppi, pillole e polveri, tutte insomma le forme, tutte le combinazioni possibili, dal ferro metallico all'albuminato. Ciò nonpertanto ci pare che ancora non si sia raggiunto l'ideale di un preparato perfettamente assorbabile; ma supposto anche che questo fosse, rimane sempre il quesito qual'è il modo migliore di amministrare il ferro; ed eventualmente può in casi speciali questa questione prendere una insolita gravissima importanza.

A noi già qualche volta è occorso di domandarci come per quale via si potesse porgere un preparato di ferro che fosse non dirò assorbito, ma tollerato: ed ultimamente ci occorse in questa donna che vi presento. Arduina Magn... di anni 35, contadina, nubile si presentava alla nostra Clinica ginecologica la sera del 1° dicembre u. s. Aveva l'apparenza che hanno gli individui in cui è incominciata la cachessia per neoformazioni maligne; la faccia pallida, tumida che fa credere a un principio d'edema; colore cereo; debolezza muscolare tale che io non aveva mai riscontrato altro che negli affetti di malattia bronzina, e per la quale non poteva la donna sollevare neppure le braccia per portarsi una pozione alla bocca, bisognava imboccarla come un bambino appena svezzato.

La donna ci raccontava di metrorragie sofferte. Esaminai l'utero e lo trovai in asse, non grosso, di consistenza normale, normale la mucosa cervicale, mobile, in sostanza l'esame fu negativo; e così per dar ragione delle avvenute metrorragie non mi restava che la supposizione fosse la donna stata passiva di un endometrite granulosa. Il fatto più grave era che ad una prima metrorragia assai copiosa altre avevano tenuto dietro, per cui era stato impossibile quel fatto che voi vedeste talvolta, specie nella clinica ostetrica, come cioè facilmente possa riaversi una donna dopo una sola, sia pur grave metrorragia e consecutiva anemia acuta. Ma quando l'emorragia è persistente, anche non gravissima, oppure è intermittente, ma le intermittenze sono brevi, l'organismo, trovandosi di fronte ad uno sbilancio giornaliero, è preso da un progressivo deperimento che resiste e spesso è ribelle a ogni cura. Così avvenne in questa donna; all'anemia acuta tenne dietro l'anemia cronica, con tutto il suo caratteristico e triste corteo di sofferenze; debolezza di muscoli volontarii, debolezza o meglio paresi dei muscoli lisci, quindi atonia gastro-enterica accompagnata da dispepsia, inappetenza, anzi decisa avversione ai cibi e intolleranza dello stomaco per ogni sostanza liquida o solida e in specie per le medicine. In questi casi come amministrare il ferro per la via dello stomaco che essendo così colpito dall'anemia non tollera la presenza di alcuna sostanza?

Bisognava scegliere un'altra via. Questa non ci poteva essere offerta dal retto, che in generale si può prestare assai bene, essendo dotato di una proprietà assorbente di poco inferiore a quella del ventricolo; ma la paresi inte-

stinale, già notata, ci avvertiva che nel caso nostro avremmo invano tentato quella via.

D'altro lato non v'era ancora l'indicazione della trasfusione, sì comune, che dal peritoneo, la quale del resto è stata quasi completamente abbandonata, perchè come operazione porta con sè il pericolo della setticemia, e può anche riuscire del tutto inutile, quando il sangue non venga assorbito, ma si raccolga, si incapsnli, si solidifichi, come vediamo succedere in un ematoma, in un ematocele.

Essendoci chiuse tutte queste vie noi scegliemmo il tessuto cellulare sottocutaneo, decidemmo, cioè, di amministrare un preparato di ferro mediante le iniezioni ipodermiche.

Questa pratica non è ancora molto usata; noi già l'addottammo con soddisfacente risultato in altro caso analogo a questo. Brevemente ne parla il Dujardin Beaumetz che dichiara essere le iniezioni di peptonato di ferro dolorose dopo aver scritto qualche linea prima che i tentativi (di cura ipodermica) meritano di essere incoraggiati. Noi dal canto nostro, come vi ho detto, abbiamo già esperimentato, ed il resultato buono ottenuto ci ha incoraggiati a ripetere il tentativo. Il preparato da noi scelto è il citrato di ferro alla dose di 10 centgr. in un grm. di acqua distillata di lauro ceraso; e la regione scelta per le injezioni è la glutea. L'ago della siringa del Pravaz lo configgiamo tutto nei tessuti, per portare il liquido più profondamente che sia possibile, onde sia meno facile la formazione di ascessi, che del resto vi dirò subito, noi non abbiamo mai osservato. Stabilito di far questa cura avanti volemmo fare l'esame del sangue, esame che ci dette per resultato, seguendo il metodo dell'Hayem:

Globuli rossi	1,302,000
Globuli bianchi	5,425

Nello spazio di 8 giorni facemmo 15 iniezioni, cioè ne facemmo 2 al giorno meno il primo giorno in cui ne fu fatta una sola. Man mano che la cura progrediva si vedevano migliorare le condizioni della donna; e dopo 15 iniezioni l'atonia dello stomaco era vinta. Da quel punto potevamo dire di aver saltato il fosso; lo stomaco si prestò a tollerare una dieta ricostituente, e da quel momento le iniezioni avendo dato il loro tributo furono abbandonate.

Venti giorno dopo il primo esame del sangue ne facemmo un altro che ci dette per risultato

Globuli rossi	3,503,000
Globuli bianchi	6,200

La prima mestruazione che venne alla nostra donna, dopo la cura da noi fatta fu in tutto regolàre, e non la lasciò spossata; cosicchè dopo un mese che entrò in Clinica potè abbandonare il letto per sedersi su di una poltrona e da quel momento il miglioramento ha fatto rapidi progressi; ed oggi vi posso presentare questa donna com'esempio che v' incoraggi a tentare, quando vi si presenti l'occasione, questa cura, che oramai mi credo autorizzato a ritenere come la migliore nei casi di anemia cronica grave, associantesi con turbe gastro-enteriche le quali rendano impossibile l'amministrazione per questa via, di quel preparato ferruginoso, che nel caso speciale si trovasse più indicato.

Firenze, febbraio 1885.

Dott. A. Martinetti, *Redattore.*

DUE NOTE DI GINECOLOGIA

DEL

Dott. PAOLO NEGRI

Professore e Direttore della Scuola pareggiata di ostetricia in Novara

---

I.

Intorno alla terapia delle cisti paraovariche.

Premetto i due seguenti fatti clinici:

Osservazione I. — Margherita Rugg.... di anni 60, abitante in Verona è l'oggetto di questa prima osservazione. È nata da genitori sani; a 7 anni subì il vaiuolo, a 13 fu per la prima volta mestruata e sempre regolarmente fino alla menopausa che si verificò all'età di 50 anni. A 16 anni passò a marito ed ebbe 7 figli; a 27 anni passò a nuove nozze ma non ingravidò più. Circa 15 anni fa venne assalita da forti dolori al ventre, specialmente in corrispondenza della regione sopra-pubica, dolori che con intervalli di settimane e talvolta di qualche mese continuarono circa tre anni; scomparvero poi per non più ritornare, lasciando la Rugg.... in buonissima salute.

Un anno e mezzo fa si accorse di un aumento uniforme del ventre e nello stesso tempo notava mettendosi sull' uno o sull' altro fianco, un senso come di guazzamento entro l'addome, ma specialmente alla regione ipogastrica. Con l'aumentare del ventre non ebbe speciali sofferenze, tolte quelle inerenti al volume.

Mi fu presentata dall'egregio Dott. Storari di Verona come affetta da cistovario. Ecco che cosa poteva notarsi all'esame somatico (esame fatto ne' primi mesi dell'agosto 1884).

Donna di buonissima costituzione, bene nutrita, con forse eccessivo sviluppo di pannicolo adiposo, con colorito sano in modo da sembrare a prima vista assai più giovane di quello che realmente fosse.

I visceri toracici ed addominali funzionano regolarmente, ed il loro esame non lascia riscontrare lesioni di qualche entità.

Il ventre è voluminoso ed ovunque equabilmente disteso; non è acuminato ma piuttosto rotondeggiante: alla palpazione si nota rilevante sviluppo dell'adipe sottocutaneo: la rete venosa superficiale è discretamente marcata. È facile con le note manovre dimostrare ovunque una fluttuazione profonda e colla percussione limitare una larga zona ottusa che descrive una curva a convessità superiore. La misurazione dà: circonferenza addominale massima (nel punto di mezzo fra ombellico e pube) cent. 110; a livello del bellico 103; dal pube (margine superiore) alla punta sternale cent. 40; al limite superiore della zona ottusa cent. 24. Dalla spina il. ant. d. al bellico cent. 24, dalla sin. allo stesso punto 29.

Al riscontro vaginale: nulla di speciale nel canale vaginale, utero piccolo, antiverso lievemente e stirato alquanto a sinistra, non affatto mobile; portando il dito nel fornice post. e contemp. deprimendo con l'altra mano il polo superiore del tumore, si può sentire un corpo rotondeggiante, grande, manifestamente elastico che si trova in continuazione di quello palpabile nel cavo addominale. Non si pratica il cateterismo uterino perchè ritenuto inutile.

La diagnosi fu di cisti probabilmente ovarica, unica, con assenza di aderenze. Si propone alla donna la cura radicale che viene senz'altro accettata. La faccio accogliere a mie spese nello spedale di Zevio il 7 settembre 1884.

Fu operata il 9 dello stesso mese alle 11 ant., presenti i signori dottori Chauvenet, Corazza, Massalongo, Salmasi, Storari, Mosconi di Verona, Biasioli e Schena di Zevio, Benoni di S. Martino. Cloronarcosi (cloroformio), antisepsi all'acido fenico, spray a vapore prima e durante tutto l'atto operativo.

Incisione sulla linea alba senza impiego della sonda; aperto il peritoneo appare la cisti rivestita di nuovo foglietto peritoneale: puntura col trequarti di Koerberle. Si raccolgono grm. 6100 di liquido chiaro, limpido, con PS. 1010, con minime tracce di albumina. Svuotata la cisti ed estratta dal cavo addominale fu facile constatare che partiva anzichè dall'ovaio destro dal legamento largo di destra, e che una parte della cavità stava fra i due foglietti del detto legamento: si tentò di enucleare la cisti dal suo rivestimento sieroso ma non si riuscì; non stimando prudente l'allacciatura del legamento largo perchè le legature avrebbero dovuto cadere troppo in basso, ed in conseguenza eventualmente comprendere anche l'uretere, si cucì la parte a sviluppo intralegamentoso ai trequarti inf. della ferita addominale, escidendo il resto, collocando un grosso tubo a drenaggio nella porzione cucita della cisti e chiudendo il terzo superiore della ferita laparatomica. L'atto operativo durò minuti 45. Fu benissmo tollerato dalla donna; non fuvvi emorragia.

Le pareti della cisti ovunque sottili presentavano un largo tratto a destra,

grosso, molto vascolarizzato. La sutura si rese facilmente padrona del gemizio sanguigno.

Prima di chiudere l'addome esaminando l'apparato genitale interno con la intera mano potei constatare: l'utero con i caratteri di quello senile stava realmente in latero-versione sinistra: le ovaia si mostravano come due piccoli corpicciuoli, duri, rugosi. Null'altro di speciale.

L'andamento consecutivo fu dei più semplici. La più alta temper. fu 38,2 notatasi alla sera della 5ª giornata: non ebbe che una volta vomito che subito cedette alla iniezione ipodermica di morfina; orinò da sè fino dal 2° dì dell'atto operativo. In 10ª giornata si tolsero i punti di sutura alla parete addominale; adesione completa; poi successivamente quelli che tenevano unita la cisti: contemporaneamente si resecò il lembo cistico e si aiutò la esfogliazione della interna parete con frequenti iniezioni di acqua fenicata al 2 %, al 5 % con polverizzione di jodoformio, con iniezioni di tintura di jodio.

In 14ª giornata si notò un ascesso della ghiandola del Bartolini di sinistra, ascesso apertosi spontaneamente.

Circa un mese dopo l'atto operativo la Margherita abbandonava il letto: persisteva però una parte della cavità cistica, entro la quale pescava sempre un tubo a drenaggio per il quale si praticavano frequenti lavature. Lo stato generale sempre eccellente come per tutto il tempo post. all'atto operativo.

Al 20 novembre abbandonava l'ospitale presentando ancora un sottilissimo seno fistoloso all'angolo inferiore della ferita, che conduceva in poco ampio cul di sacco: le pareti erano ovunque granulanti.

In data del 1° febbraio 1885 il Dott. Cesare Storari mi scrive: « Da un mese la operata è completamente guarita e non accusa sofferenza alcuna. »

Osservazione II. — N. N. di anni 23: nulla offre di ereditario, mai soffrì per cosa d'importanza: fu mestruata per la prima volta a 14 anni, e si ripetè poi sempre irregolarmente e per epoca e per quantità la mestruazione.

Da tre anni si accorse di graduale ingrossamento del ventre e da un anno toccò il volume raggiunto al momento dell'esame: nota che replicatamente potè avvertire accrescimento alternato ad impicciolimento del ventre. Con il gonfiamento del ventre notò diminuzione nella quantità del sangue mestruale ed anormale frequenza.

Mi fu presentata il 20 ottobre dal Dott. Benoni di S. Martino B. A.: di statura vantaggiosa, a mucose pallide: nulla offriva di patologico all'infuori dell'ambito addominale: era questo fortemente ingrossato, ed in tutta la sua estensione manifestamente fluttuante. Il ventre però era assai largo e cascava ai lati come se si fosse trattato di una raccolta libera; il reperto della percussione al

limite superiore del tumore che arrivava a metà distanza fra bellico e punta dello sterno, e la risonanza chiara alla percussione ileo-costale deponevano per la raccolta saccata. La donna essendo vergine si omise l'esame per la vagina. Si pratica però una puntura esplorativa con la siringa di Pravaz e si ottiene liquido limpido come l'acqua.

Il reperto dell'esame fisico, la forma speciale del tumore, la unicità della cisti, il racconto di alternative di aumento e diminuzione, la tenue consistenza del liquido, la sottigliezza delle pareti cistiche ed i caratteri del liquido fecero portare la diagnosi di cisti del paraovario; si propose alla donna un tentativo di cura con la paracentesi. Accettato il consiglio lo svuotamento fu fatto il 27 ottobre in una misera stamberga che serviva di abitazione alla giovane; erano presenti oltre al Dott. Benoni i signori dottori Scudellari e Salmasi di Verona: fu eseguita la puntura sulla linea alba e con l'aspiratore di Potain estratti *litri undici* di un liquido tenuissimo, opalescente, di reazione neutra, del PS. 1010, quasi privo di albumina, e che non diede sedimento per poterne praticare l'esame microscopico.

Nessuna reazione tenne dietro; in data del 16 gennaio 1885 il Dott. Benoni mi scrive:

« Dopo lo svuotamento (praticato circa tre mesi fa) cessò ogni disturbo, la mestruazione si fece quasi affatto regolare sia per la quantità del sangue perduto che per l'epoca della comparsa. Due mesi dopo non potea trovarsi segno alcuno di riproduzione; ora sembra di avvertire un leggero ingrossamento. »

Se fu scritto che la paracentesi nelle *cisti ovariche* è un delitto e che tali forme morbose debbono curarsi con la laparotomia, si può asserire senza tema di essere smentiti che nella terapia di *cisti paraovariche* o del *legamento largo,* si deve invece dapprima tentare la cura radicale con la paracentesi, e solo nel caso di ripetuto insuccesso ricorrere alla laparotomia.

Questo fatto a prima vista sembra in aperta contraddizione con gli attuali progressi della chirurgia addominale, con la stretta osservanza dei quali si è resa certamente innocua la apertura altre volte tanto temuta del peritoneo, ma è dimostrata vera da un lato della sperienza clinica, dall'altro dalle nozioni meglio avute intorno alla natura ed alla anatomia patologica delle cisti paraovariche.

Queste due sorgenti del sapere clinico hanno infatti dimostrato:

1.° Che la sola paracentesi può radicalmente guarire le cisti del paraovario.

2.° Che i rapporti speciali che frequentemente tali cisti assumono con i legamenti larghi, possono impedire la completa escisione del tumore.

Ed il Duplay nel suo bellissimo scrtito dice intorno alla terapia: « la ponc-
» tion est donc la méthode par excellence; je dirais presque: c'est la seule » —
E più innanzi: « Je dirais plus: je crois que le *pronostic opératoire* des kystes
» du ligament large est plus grave que celui des véritables kystes de l'ovaire,
» et cette augmentation de la mortalité doit être attribuée sans doute à l'ab-
» sence ou à la largeur du pédicule » (1).

Quali sieno i rapporti che il tumore svoltosi fra i foglietti del legamento largo viene ad assumere con gli organi vicini, o con quelli in esso legamento decorrenti, nonchè con i vasi sanguigni non è il caso di qui ricordare: basta inviare il lettore desideroso di richiamarli alla mente all'eccellente trattato di Hegar e Kaltenbach (2).

Che del resto la semplice paracentesi sia ormai dai più messa in uso come tentativo di cura radicale è cosa che emerge dalla lettura dei molti trattati speciali sulle malattie delle donne, e dalla citata memoria di Duplay che, direi così, riassume le nozioni fino all'epoca della sua pubblicazione, intorno all'anatomia patologica ed alla sintomatologia di queste cisti speciali.

È in omaggio di queste idee che io seguii tale via nella seconda osservazione; e sebbene sia ancor passato poco tempo per poter dire qualche cosa intorno alla recidiva o meno della malattia, tuttavia lice sperare in un esito favorevole: sempre pronti a ritentare la via seguita nello scopo di evitare, se possibile, la laparotomia.

Ma sia che la recidiva lo domandi, o che un errore diagnostico abbia determinato il chirurgo a passare alla laparotomia credo utile il ricordare quali sieno i più frequenti casi ne' quali può imbattersi il chirurgo, quali sieno i suggerimenti che l'arte può dare contro i differenti stati.

Può darsi (ed assistei personalmente ad un caso) che la cisti sebbene paraovarica presenti un picciuolo stretto, lungo, tale insomma come di frequente è dato averlo nelle cisti dell'ovario; in allora è troppo ovvio quale debba essere la via da tenersi dal chirurgo: la legatura perduta del peduncolo sarà sempre la preferita.

Può anche avvenire che il tumore anche voluminosissimo sia per la massima parte a sviluppo addominale, assai limitato invece o nullo quello intralegamentoso; in allora siamo nel caso di un tumore a picciôlo brevissimo anzi quasi mancante, ed in compenso larghissimo; potei vederne un caso operato nelle vicinanze di Milano dal Prof. Chiara e nel quale tutto intero il legamento largo di sinistra veniva a costituire il picciôlo di una voluminosissima ciste del

---

(1) Duplay. Des kistes du ligament large. — (*Archives de Tocologie*, dec. 1882, janv. 1883).
(2) Traité de gynécologie opératoire. — Trad. Bar, pag. 172, 173, 206 e segg.

paraovario: in tal caso è necessità il praticare un numero grandissimo di legature perdute per rendersi sicuri delle emorragie che potrebbero dare i numerosi vasi dal legamento decorrenti al tumore. Nel caso citato del Prof. Chiara abbisognarono moltissime legature: e la presenza di corpi stranieri originò più tardi un ascesso peripenducolare che fortunatamente si aperse all'angolo inferiore della ferita addominale. La donna guarì.

Ma ordinariamente la ciste si approfonda più o meno fra i due foglietti del legamento largo; in allora non si può più parlare di peduncolo, esso non esiste affatto. Quale deve essere la condotta in tali casi?

Molte e differenti furono le proposte terapeutiche: la enucleazione alla Miner, la escisione di un pezzo di cisti allo scopo di costituire una fistola permanente, la escisione della massima parte della cisti trattando con legature perdute la parte non enucleabile, la sutura infine della porzione che non si può togliere alla ferita addominale e consecutivo drenaggio.

Fu quest'ultima via che io seguii nel caso oggetto della prima osservazione, ed è precisamente su questo che io mi fermerò alquanto, perchè se esso ha fautori, nello stesso tempo ha altrettanti detrattori.

Riconosco che il poter chiudere completamente il cavo peritoneale senza nulla lasciare nella ferita addominale è un grande vantaggio; riconosco che con la sutura della cisti all'angolo inferiore della ferita addominale il processo di riparazione è lungo ed il pericolo di un insuccesso non è tolto che a processo di cicatrizzazione compiuto; ma nello stesso tempo non so vedere i grandi pericoli di questo mezzo terapeutico, e credo che l'allungamento nel tempo necessario per la guarigione sia un compenso ai minori pericoli che fa correre alla donna durante l'atto operativo. Con questo non voglio dire che sempre il chirurgo debba ricorrere a tale metodo; no, esso lo adopererà solo come ultimo rifugio. Nel caso della osservazione 1ª una grande tasca capace quanto una arancia, rimaneva profondamente incuneata fra i due foglietti del legamento largo; tentai la enucleazione, ma inutilmente; suturai il contorno della porzione intraligamentosa ai due terzi inferiori della ferita addominale e posi il drenaggio; orbene da tale procedimento n'ebbi completa guarigione nonostante che l'età della donna oltrepassasse la sessantina; in tale caso mancò ogni reazione locale e generale; il solo inconveniente fu la tarda riparazione e cicatrizzazione della cisti, forse dovuta all'età inoltrata della donna. Ostinandosi in tal caso a togliere tutta la cisti noi potevamo trovarsi nella impossibilità di conseguire lo scopo, oppure nella possibilità di raggiuungerlo a patto però di lesioni forse anche incompatibili con la vita della donna. Certo che in tali casi la antisepsi deve essere religiosamente osservata prima e durante l'atto operativo non solo, ma eziandio durante tutta la cura consecutiva, lunga e noiosa ma certo non difficile.

Del resto i fatti che si accumulano ai fatti permettono di fare anche in tali casi un pronostico felice, e mi sembra alquanto esagerata la tema della incompleta guarigione per la formazione di una fistola permanente, come da taluno fu scritto.

II.

Mixoma del peritoneo consecutivo a cisto adeno-mixoma dell'ovaio sinistro.

Il caso che vengo ora ad esporre si raccomanda proprio per la sua rarità: per tale titolo credo che possa anche meritare una relazione alquanto minuta.

Osservazione. — Elisa Maccachero di anni 30, nata ed abitante a Verona, viene accolta dietro mio consiglio nello spedale di Zevio fra le paganti il 25 ottobre 1884. Ecco quanto il Dott. Biasioli, medico di quell'ospedale, raccolse relativamente all'anamnesi.

« Nacque da genitori sani; il padre morì di malattia acuta, la madre vive tuttora; non sofferse nella sua infanzia di malattie importanti. Mestruata per la prima volta a 14 anni, le mestruazioni ricomparvero sempre regolarmente per l'epoca, sempre in quantità un po' abbondante. Due anni fa ammalò di forma definita per *ovarite destra* (?) manifestatasi con febbre e dolore alla fossa iliaca con irradiazioni alla coscia destra; dopo due mesi era completamente guarita. Sembra che fin d'allora si fosse accorta di un leggero dimagramento che andava man mano aumentando specialmente negli ultimi tempi.

« È da circa un anno che l'ammalata si accorse di un leggero aumento nel volume del ventre questo desumendo dalla necessità di dover allargare le sue vesti; da 4 mesi riuscì evidente il gonfiarsi dell'addome in tutta la sua estensione; tale ingrossamento da circa un mese fu assai rapido. Da circa 15 e più dì accusa dolori agli ipocondri specialmente al destro, dolori che paragona a trafitture: tali dolori di tratto in tratto si diffondono a tutto il ventre ed al dorso. Questi dolori le impediscono di prender cibo, pare anzi che dopo il pasto si esacerbino, di frequente le impediscono il sonno, la deambulazione ed il poter occuparsi degli affari domestici. Avrebbe avvertito qualche volta senso di calore verso sera. Nella notte talvolta sudava. Le mestruazioni in tutta quest'epoca si mantennero regolari solo di qualche giorno anticipate; da due mesi sono accompagnate da forti dolori al ventre ed al dorso. »

Questa paziente fu da me vista parecchie volte; la prima circa alla metà di settembre, la seconda nella prima metà di ottobre; ripetutamente poi nei giorni

precedenti al suo accoglimento nello spedale di Zevio. Ora io tenterò di descrivere le varie sensazioni che provai all'esame di questa donna e che molto mi lasciavano perplesso intorno alla natura del fatto patologico.

Nel generale se si faccia astrazione da uno scadimento di nutrizione e consecutivamente da oligoemia progressiva e da indebolimento, null'altro si avea a notare; nè l'esame dei visceri toracici lasciava scorgere qualche cosa di grossolanamente alterato: solo un fatto mi colpì ripetutamente e questo consisteva nella esagerata frequenza del polso: io numerai le battute ripetutamente in tutte le condizioni possibili in cui mi fu dato vedere la giovane e sempre fui meravigliato di trovare una frequenza oscillante fra 100 e 120 battute per minuto.

L'addome si presentava espanso, globoso quasi elastico. All'esame praticato nel settembre non mi riuscì (in compagnia dei sig. Dottori Scudellari e Storari, ai quali porgo pubbliche grazie per avermi offerto occasione di studiare l'importante caso) di percepire in alcun punto la sensazione di fiotto. Si poteva allora distinguere un corpo duro subrotondo in corrispondenza dell'ipogastrio; tale corpo si potea in tutto paragonare ad un utero gravido al 5° mese. Ma all'intorno di questo corpo si trovava una zona muta alla percussione estendentesi fino a due dita dalla punta sternale, ai lati fino al prolungamento delle linee emiascellari: le regioni ileo-costali perfettamente risonanti: la linea del contorno superiore di questa zona ottusa, quale nelle cisti ovariche, cioè a convessità superiore. In corrispondenza della zona ottusa si percepiva un senso di elasticità marcatissima. Ma c'era un altro fatto alquanto imbarazzante: e cioè questa zona ora era completamente ottusa, ora lontanamente timpanica.

Un ago della siringa di Pravaz piantato in corrispondenza di questa zona non diede esito a liquido qualsiasi, neppure aspirando con la siringa stessa. Per la vagina il reperto di poco rischiarava la diagnosi; la vagina affatto normale presentava una certa marcata resistenza in tutto il fornice vaginale, la porzione sottovaginale del collo non offriva al dito alterazione alcuna; era impossibile con l'esame combinato lo stabilire il rapporto suo con il corpo palpato alla regione ipogastrica.

Si convenne allora di praticare un secondo esame e questo farlo nelle condizioni volute dal caso, cioè nella cloronarcosi. E così fu fatto una settimana circa dopo, sempre con il concorso dei due summenzionati signori Dottori Scudellari e Storari.

Non appena la narcosi cloroformica fu ottenuta che apparve netto il senso di fluttuazione in tutta la massa ottusa: l'esame vaginale digitale e strumentale permise di escludere qualsiasi rapporto fra utero e tumore ipogastrico: la cavità uterina fu trovata di poco più che 6 ctm.

Tuttavia anche durante questo esame si ripeteva il fatto che la zona che ora si mostrava ottusa, tal altra invece era alquanto timpanica.

Nelle altre mie visite fatte alla Elisa nel mese di ottobre potei farmi certo del progressivo aumento del ventre, del cospicuo decadimento generale, dell'accentuazione del senso di dolore, specie all'ipocondrio destro: della anomala frequenza del polso. Determinando il fiotto mi pareva talvolta che questo presentasse qualche cosa di curioso', anzichè una vera ondata fuggente dall'uno all'altro lato, mi pareva di provare la sensazione di una *oscillazione lungo le pareti addominali.*

Il complesso de' disturbi, la poca nettezza dei fenomeni mettevano nell'animo mio un forte dubbio sulla vera essenza del male; se il tumore ipogastrico era per me certamente alla dipendenza dell'ovaio, altrettanto non potea dire della massa occupante tutto il resto dell'addome: ecco il perchè io narrando il caso a coloro che poi vollero assistere all'atto operativo, non potei formulare una diagnosi certa, od almeno solo certa in parte.

Tuttavolta mi pareva il caso oltremodo indicato per l'intervento, e qui credo mio obbligo il giustificarlo.

Il rapido accrescimento della massa che andava volgendosi nell'addome, il marcato decadimento generale, i disturbi ormai fattisi continui domandavano un urgente intervento terapeutico: e questo per la natura della cosa non potea essere che chirurgico: mi sembrava che questo fosse veramente il caso nel quale la laparotomia *rischiarando* e *completando* la diagnosi, potea da sola porgere una speranza all'ammalata, che d'altra parte stanca del suo stato desiderava ardentemente che pur qualche cosa per lei si facesse.

Con questi intendimenti, presenti non pochi colleghi, passai alla laparotomia il 27 ottobre 1884 alle 11 ant.

Furono, come di consueto, attuate tutte le norme antisettiche (spray a vapore prima e durante l'atto operativo). Cloronarcosi con cloroformio.

Incisione delle pareti addominali sulla linea alba da due dita dal margine superiore della sinfisi del pube alla cicatrice ombelicale. Aperto il peritoneo si trova il grande omento completamente aderente alla parete addominale ant. nel campo della praticata incisione; si incise anche il grande omento e subito cominciò ad uscire in copia una sostanza assai densa per caratteri fisici in tutto paragonabile a *densa gelatina;* uscita in copia tale sostanza si scorge sepolta fra la stessa il tumore ipogastrico tante volte ricordato, che altro non è che l'ovaio sinistro degenerato in grosso tumore del volume di una testa; punto non dà esito a liquido; spaccato ampiamente si trova diviso in numero grandissimo di concamerazioni tutte ripiene di sostanza affatto simile a quella proveniente dal cavo peritoneale; svuotato si cerca di estirparlo e dopo un po' di lavoro riesce ad

esciderlo quasi totalmente applicando robusta legatura alla sua base, che è inserita sul legamento largo sinistro.

Tolto questo tumore continua ad uscire la sopracitata sostanza dalla ferita addominale; introdotta la mano intera nel cavo peritoneale si sente come tutti i visceri sieno uniformemente tappezzati da tale massa viscida, attaccatticcia. Si raschia con la mano tutto il cavo peritoneale per quanto si può: il peritoneo viscerale sull'intestino è ovunque coperto da vegetazioni, disposte come a barba; la mano toglie tale sostanza dall'involucro sieroso della milza, della faccia inf. del fegato, dallo stomaco, ecc.

Ripetutamente introdotta la mano si estrasse così la enorme quantità di grm. 6700 di sostanza gelatinosa colloidea. Pulito poi il peritoneo per quanto fu possibile, abbandonata entro il cavo peritoneale la legatura del peduncolo ovarico, si procedè alla sutura addominale *more solito*. Non s'ebbe emorragia anche minima.

Riassumo qui le cose principali che si ebbero a notare ne' giorni susseguenti.

Giorno dall'atto operativo				
1.	mattina			Vomito ripetuto, dolori al ventre.
	sera	37.	108	Siringazione, iniezione di morfina.
2.	m.	37.	112	Ancora vomito e dolori addominali.
	s.	37.3	114	Si ripete la iniezione.
3.	m.	37.2	120	Ancora i medesimi disturbi, però la morfina
	s.	37.2	124	porta lunghe calme.
4.	m.	37.	120	Diminuiti i dolori, cessato il vomito. Prende
	s.	37.5	116	del brodo.
5.	m.	37.5	112	Compare la mestruazione con anticipazione
	s.	37.6	108	di 4 dì.
				A mezzanotte la temp. si innalza a 38.5. Avverte senso di freddo.
6.	m.	38.2	112	Suda copiosamente. Continua la mestruazione.
	s.	37.4	120	Ricomparso il vomito ed a tratti i dolori addominali.
7.	m.	37.	120	Nessun brivido. Cessata la mestruazione; ancora il vomito ed i dolori. Il ventre è un
	s.	37.2	120	po' espanso e dolente nel quad. inf. sin. Non avendo ancora avuta scarica alvina si fa una applicazione di enteroclisma.

Giorno dall'atto operativo				
8.	m.	37.2	110	Due scariche figurate in seguito all'enteroclisma. Cessati vomito e dolori riposò.
	s.	38.1	110	
9.	m.	37	110	Ebbe tre scariche. *Orinò per la prima volta da sè*, non vomitò, dolori rari e leggeri. Prende brodo ed uova. Alle 3 pom. accusò senso di freddo, poi ebbe calore e sudore. Alla sera vomito.
	s.	38.5	108	
10.	m.	37.2	108	Notte inquieta; ebbe vomiti e dolori a tutto il ventre. Nella giornata ancora vomito. Enteroclisma (4 scariche). Benessere.
	s.	38.2	120	
11.	m.	37.3	104	Si tolgono i punti superficiali, il ventre è un po' meteorizzato e poco dolente. Enteroclisma. Non vomito. Va deperendo.
	s.	37.9	116	
12.	m.	37.3	116	Notte cattiva. Dolori a tutto l'addome; vomitò varie volte; l'addome aumenta di volume.
	s.	38.5	120	
13.	m.	37.7	120	Nella notte dolori specialmente all'ipocondrio sinistro. Al mattino vomito dopo il quale resta tranquilla.
	s.	38.1	120	Furono tolti tutti gli altri punti. Riunione completa per prima intenzione. Il ventre è quasi affatto piano; sopporta bene la pressione. Fanguillo (mughetto).
14.	m.	37.3	116	Notte buona, non vomitò; leggeri dolori all'addome.
	s.	38,3	120	Nella giornata vomitò. — Decadimento progressivo.
15.	m.	37.4	112	Notte buona; non vomito nè dolori. Marcata stomatite (clorato potassico). Prova come un senso di spasmo faringeo.
	s.	38.3	120	
16.	m.	37.5	116	Non vomitò nella notte, non dolori. Continua il senso di globo alla faringe.
	s.	38.5	116	

Giorno dall'atto operativo				
17.	m.	37.3	112	Molte scariche liquide nella notte, non vomitò. Nella giornata nè scariche, nè vomito, nè dolori. Ventre poco teso.
	s.	37.9	108	
18.	m.	37.	108	Eruttazioni e vomito e dolori all'epigastrio, meglio la stomatite.
	s.	38.5	116	
19.	m.	37.5	112	Mughetto. Vomito nella notte. Giornata tranquilla.
	s.	38.2	112	
20.	m.	37,4	108	Notte buona; non vomito, non dolori. Meglio della stomatite. *Oggi si è alzata per mezz'ora* e si trovò abbastanza bene. Non vomito nè dolori. Temp. prima e dopo d'essersi alzata 38,2.
	s.	38.4	120	
21.	m.	37.8	108	Notte inquieta. Accusa difficoltà di respiro. Dopo una scarica si sentì meglio. Accusa dolori all'epigastrio (li paragona a quelli che provava prima dell'atto operativo).
	s.	38.8	128	
22.	m.	37.6	124	Non dolori, eruttazioni; piuttosto abbattuta.
	s.	37.2	124	
23.	m.	37.4	124	Giornata tranquilla, nessuna scarica, qualche eruttazione.
	s.	37.3	124	
24.	m.	37.3	128	Si è alzata per 3/4 d'ora; accusò freddo. Ebbe vomito e ptialismo. Non dolori. Al mattino è ricomparso il mughetto.
	s.	37.1	120	
25.	m.	37.3	136	Accusa dolore all'ipocondrio destro ed all'ipogastrio. Si sente molto debole. Temp. agli arti abbassata. Mucosa della lingua del palato molle, delle tonsille, delle labbra coperte di mughetto.
26.				Aggravamento nello stato generale. Polso piccolissimo. Non più vomito.
27.				Ore 9 ant. morte.

Questa lunga diaria la debbo alla gentilezza dell' egregio Dott. Biasioli al quale rimase affidata la operata per gli ultimi dieci giorni avendo io dovuto assentarmi a causa dell' incominciato anno scolastico. All'egregio collega molti ringraziamenti per la premura dimostrata in questa occasione.

Ed ora brevemente dell'esame del pezzo asportato. — È un tumore costituito da una robusta parete dalla quale partono moltissimi sepimenti quali si riscontrano in una cisti multiloculare. L'egregio Dott. Emilio Parona, medico all'Ospedale Maggiore di Novara, volle occuparsi dell'esame microscopico del pezzo. Questo lo dimostrò per la massima parte quale un *cisto-adenoma* a *cellule cilindriche.* In una zona però ove la parete è molto rugosa, l'esame microscopico riscontra un tessuto in tutto analogo a quello del cordone ombelicale del feto; sarebbe adunque un cisto-adeno-mixoma dell'ovaio.

Ed ora quale fu la causa della morte? Sgraziatamente le preghiere del Dottor Biasioli al quale aveva vivamente raccomandato un attento esame cadaverico, nel caso non impreveduto di morte, non valsero a persuadere i parenti dell'opportunità della sezione in questo caso; ciò menoma assai il valore di questo caso, e specialmente lascia un dubbio intorno alla causa dell'esito letale. È questa infatti da ascriversi alla infezione, oppure al processo morboso in corso che certo l'atto operativo avrebbe potuto solo palliativamente migliorare?

Se io considero attentamente l'intero andamento, sarei più inclinato a trovarne la causa nel secondo anzichè nel primo fatto: la mancata sezione cadaverica impedì di averne la certezza.

Terminando mi piace di citare tre scritti intorno ad argomenti che hanno attinenza con quello esposto in questa storia clinica: in quelli il lettore potrà attingere notizie riguardanti l'anatomia patologica, la sintomatologia e la terapia: appartengono al Péan: *Diagnostic et Traitement des tumeurs de l'abdomen et du Bassin* (Paris 1880), al De Giovanni: *Mixoma del peritoneo (Gazzetta Medica Provincie Venete,* annata 1883), al Werth: *Klinische und anatomische Untersuchungen zur Lehre von den Bauchgeschwülsten und der laparotomie* (*Archiv f. Gynäekologie* e *Centralblatt f. Gynäekologie,* 1884) (1).

---

(1) Una certa rassomiglianza clinica si riscontra con un caso pubblicato dal Prof. Cuzzi. Si veda: *Casuistica di Ostetricia e Ginecologia. — Annali di Ostetricia,* 1882.

GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

FELICEMENTE CURATA

CON LA ELITROTOMIA

OSSERVAZIONE

dei dottori GIOVANNI CHAUVENET e PAOLO NEGRI

L'interesse che desta ogni caso di gravidanza extrauterina in genere, quello speciale del caso nostro sia per la maniera d'intervento che per l'andamento successivo, sono principalmente i motivi che ci spronano a pubblicare la nota presente: promettiamo però fin d'ora ai lettori di essere brevi.

Osservazione. — Angela G.... maritata C.... abitante in Verona, attendente alla casa, conta 33 anni, nulla troviamo di gentilizio nè fra gli ascendenti, nè fra i collaterali: le sorelle passate a marito ebbero tutte prole e sana. La G.... mai sofferse a suo ricordo malattia di qualche entità. Fu per la prima volta mestruata a 18 anni, tale funzione si compiè sempre regolarmente sia prima che dopo il matrimonio che contrasse a 19 anni.

Per circa 13 anni dall'epoca in cui era passata a marito, nulla si compì di speciale nel suo organismo, nè mai ebbe neppure sospetto di possibile gravidanza, quando nel settembre 1883 e precisamente il 20, ebbe a notare la cessazione di un tributo mensile oltremodo scarso. Da quell'epoca la mestruazione più non comparve, e quasi subito dopo cominciò ad avvertire un senso di dolore in corrispondenza della regione iliaca sinistra, dolore che talvolta si esacerbava, e la costringeva perfino a trattenersi a letto: però tale sensazione dolorosa non fu mai tale da determinarla a rivolgersi a persona dell'arte me-

dica: tali disturbi venivano dalla donna attribuiti ad una possibile gravidanza, credenza in lei rafforzata dalla scomparsa di ogni manifestazione mestruale.

Dopo tre mesi (a partire dalla fine di settembre) ogni molesta sensazione dapprima notata al segnato luogo, scomparve affatto ed i susseguenti *sei mesi della gravidanza,* decorsero *ottimamente,* fino a che il 28 giugno 1884 avvertì i primi dolori del travaglio di parto. Per *tre interi giorni* continuarono le contrazioni e tuttavia il parto non si espletava, anzi a quest'epoca la levatrice che dovea assisterla trovando qualche cosa di anormale volle sentire il parere di un medico e fu chiamato il Dott. Chauvenet. Ecco il motivo che spingeva la vecchia levatrice a ricorrere alla persona dell'arte: non ostante che il feto si presentasse regolarmente con il vertice, e che questo fosse impegnato nello scavo pelvico, tuttavia non era riuscito mai a lei di percepire la bocca uterina: voleva essere illuminata intorno a questo particolare.

Un rapido esame fatto dal Dott. Chauvenet in quella prima visita, gli permise di accertarsi della presenza di un feto posto in presentazione longitudinale, con il vertice impegnato nello scavo; alla prima non riuscì neppur a lui di sentire la bocca uterina, ma poi con grande difficoltà potè sentire il collo uterino assai piccolo, stirato oltremodo in alto all'avanti ed un po' a destra, in modo da trovarsi quasi all'altezza del margine superiore della sinfisi del pube. Non trovando nessuna indicazione urgente, rimandò ad altro esame una ricerca più dettagliata della cosa.

Frattanto andarono cessando le contrazioni dolorose e parve che l'iniziato parto completamente cessasse: la donna asserisce anche che da quell'epoca più non avvertì i moti attivi fetali.

Dal 10 al 20 luglio, pure continuando un senso di dolore nell'ambito addominale, specialmente nella metà sinistra, la donna ebbe a notare perdita sanguigna dai genitali, e con il sangue la *uscita di brandelli di una membrana di pochi millimetri di spessezza;* a quest'epoca il Dott. Chauvenet esplorando nuovamente la donna trovò la bocca uterina più cedevole, e l'orificio esterno aperto in modo da lasciar passaggio all'apice del dito; di più venne nel sospetto che quella gravidanza non fosse normale per la sede, a ciò spinto dal fatto che sembrava a lui quel collo uterino continuarsi con altro corpo non corrispondente a quello rappresentato dall'uovo

Fu per tale motivo che verso la fine di luglio praticammo un esame in comune; ed eccone il reperto.

La gravida è donna di alta statura (m. 1,70) di nutrizione generale scaduta, con spiccata oligoemia: è obbligata costantemente a letto per dolori che pressochè in modo continuo prova nell'ambito addominale, e specialmente nella metà sinistra: tali dolori le tolgono il beneficio del sonno, e le impediscono una nu-

trizione sufficiente; mai avvertì brividi, nè s'accorse di aumentata temperatura corporea.

Esaminando l'addome si trova questo irregolarmente espanso: la metà di sinistra ed il terzo interno della metà destra sono occupati da un corpo irregolarmente ovoidale, a diametro longitudinale prevalente; arriva in alto a due dita circa sotto l'arco costale: ovunque ascoltato non lascia percepire nè suoni nè rumori: percosso è ottuso, palpato offre una irregolare resistenza, ma non lascia distinguere parti caratteristiche: facendo tentativi di spostamento si constata che esso non si muove o solo limitatissimamente: sul margine di destra a quattro dita trasverse sopra il margine superiore del pube si palpa un piccolo rialzo, rotondeggiante, alquanto doloroso: dolore pure si ridesta premendo in corrispondenza del grande tumore sopra descritto.

All'esame vaginale: la vagina dilatata e raccorciata è occupata da un tumore rotondeggiante che offre tutti i caratteri della testa fetale flessa: il dito può constatare infatti su questo corpo la presenza di suture e può pure accertarsi che lo strato che avvolge il feto è assai sottile, il fornice anteriore è molto stirato in alto, ed in questo, a destra al disopra della sinfisi del pube si può sentire il collo uterino: con l'esame combinato si può stabilire che questo collo si continua con quella protuberanza notata in corrispondenza del margine destro ed anteriore del grande tumore. Non si nota perdita alcuna dai genitali. Si decide di rimandare ad altra seduta l'esame con la sonda da compiersi durante la cloronarcosi.

Questo secondo esame fu infatti eseguito nei primi giorni di agosto 1884, durante la anestesia cloroformica; l'esame esterno non apportò alcuna nuova nozione: quello interno dimostrò una notevole diminuzione nella consistenza del capo fetale: permise di stabilire nettamente la continuità del collo uterino con il corpo notato a ridosso ed a destra di quello più grande: indipendenza anche dimostrata dalla sonda che con non grande difficoltà penetrò per circa 8 centimetri nel corpo palpato all'esterno, dirigendosi in alto ed un po' a destra.

Dopo ciò non poteva rimanere più alcun dubbio: e fu nettamente enunciata la diagnosi di *gravidanza extrauterina.* Lo stato generale della donna non si poteva dire nè peggiorato, nè migliorato: si decise di attendere ancora un po' di tempo ad intervenire, pronti però a farlo qualora le condizioni generali della donna lo domandassero.

Quale doveva essere il mezzo terapeutico?

Certo non poteva essere che di natura chirurgica; allontanare cioè il corpo fetale, divenuto ormai corpo straniero, dall'organismo materno: e qui due vie potevamo seguire o quella addominale, o quella vaginale: pur non disconoscendo le gravi accuse portate a quest'ultima, noi credevamo che se vi fosse caso in

cui si potesse tentarla con fondata speranza di favorevole successo, dovesse appunto esser questo.

Qui infatti un' estremo del feto si presentava profondamente sceso nello scavo, qui sottili apparivano i tessuti ricoprenti il feto, e certi noi eravamo di non incontrare nel campo operativo il tessuto placentare appunto per questo motivo. Un solo timore potea arrestare la nostra decisione: cioè data una emorragia grave dopo la estrazione del feto, noi ci trovavamo in grave imbarazzo per domarla seguendo la via vaginale, mentre meno difficile sarebbe stato il caso seguendo la via addominale: in più militava per quest' ultima via un' altra considerazione la possibilità cioè di poter togliere non soltanto il feto ma eziandio l'intero sacco fetale, come fu anche recentemente e ripetutamente fatto, e rendere così l'atto tanto semplice, quanto una ordinaria ovariotomia; finalmente la possibilità di aderenze fra feto, sacco fetale ed organi vicini, avrebbe resa migliore la prognosi seguendo la via addominale.

Tuttavia una considerazione venne a farci decidere per la via vaginale; e questo fu lo stato generale della donna, denutrita, oligoemica: ci parve che l'apertura del peritoneo, e forse un lungo atto operativo per lo isolamento del sacco sarebbero stati mal sopportati: d'altra parte contro la possibilità della emorragia speravamo *nel tempo;* ritardando cioè l'atto operativo, ci mettevamo ogni giorno più nelle condizioni favorevoli per evitare questo grave accidente, date le alterazioni nel circolo placentare per la avvenuta e constatata morte del feto: contro la possibilità delle aderenze, deponeva il nessun segno ancor manifestatosi di intolleranza contro il feto da parte del peritoneo.

Il 28 agosto, due mesi dopo la morte del feto, tutto avendo calcolato pro e contro l'atto operativo, ed il modo di compierlo, ci decidemmo per l'intervento. Esso riuscì semplicissimo, pronto, e non fu accompagnato da accidente alcuno (1), ottenuta la cloronarcosi, e posta la donna nella posizione ostetrica, irrigando con getto capillare i genitali esterni ed interni con soluto fenico al 2 %, il Dott. Chauvenet incise la parte più depressa del fornice vaginale con bistori puntuto, per un tratto di 5 o 6 cent.; attraverso questa apertura deliberatamente fatta piccina perchè avesse ad ingrandirsi a spese di lacerazioni ed in conseguenza meno facile una notabile emorragia, non riuscì disagevole la estrazione del feto impiegando l'uncino ottuso, quello acuto e la mano, nonchè qualche pinza robusta: le ossa del cranio essendo dissociate non offrivano presa sufficiente ed è da addebitarsi a questo fatto il tempo impiegato (circa 30 minuti) per compiere l'atto operativo.

---

(1) Fu praticato nel domicilio della donna, presenti i colleghi Dott. Mosconi, Massalongo, Salmasi e Dott. Benoni di S. Martino.

Reciso il cordone si evitò a studio di praticare tirate su questo e pressioni sul sacco fetale: si introdusse invece per la breccia vaginale un lungo e grosso tubo a drenaggio ad ansa, e per esso si praticò subito abbondante irrigazione con acqua fenicata.

Subito dopo la estrazione del feto si poteva palpare (e si fece con le dovute cautele) un corpo della forma e consistenza della placenta verso la parte più alta del sacco fetale, tre dita trasverse circa sopra il bellico ed a sinistra.

Non vi fu nè durante, nè dopo l'atto operativo perdita anche minima di sangue.

Il feto di sesso maschile pesava circa 3000 grammi, era profondamente macerato e nulla presentava di speciale.

L'andamento consecutivo fu dei più semplici: la temperatura vacillò fra 37,2 e 37,6 il polso fra 70 e 90: l'addome fu sempre indolente e precisamente come se nulla fosse stato fatto su di esso: al quarto giorno facendo una leggera tirata sul cordone questo si staccò ma con esso non uscì la desiderata ed aspettata placenta. Regolarmente si praticarono quattro irrigazioni al giorno per il tubo a drenaggio: solo al 10° giorno per tre o quattro giorni quello che usciva dai genitali aveva odore come di materia decomponentesi: ma cessò subito dopo: nel frattempo si potea assistere al progressivo impicciolimento del sacco fetale, mai però si ebbe la emissione di cosa che ricordasse anche da lontano il tessuto placentare, solo dei piccoli frustoli nerastri sortivano di tanto in tanto dal tubo.

Dopo un mese la donna assai migliorata abbandonò il letto; qualche giorno dopo fu tolto il drenaggio e la donna potea al 40° giorno dirsi completamente guarita.

Nel febbrajo 1885 le condizioni sue erano talmente cambiate nella nutrizione e nelle forze, da non esser più riconoscibile. La mestruazione non ricomparve che nei primi giorni del marzo 1885. A quest'epoca ecco quali erano le condizioni locali della donna. L'utero poco mobile è mantenuto in latero versione sinistra: a sinistra nel fornice posteriore si sente una cicatrice lineare della lunghezza di circa tre centimetri.

Il ventre è indolente ovunque: le pareti addominali hanno acquistato una considerevole spessezza per le migliorate condizioni della donna: per quanto si faccia non riesce di scoprire i resti del sacco fetale.

Sorgono spontanee due domande:

1.ª Quale varietà di gravidanza extrauterina era quella offerta dalla nostra donna?

2.ª In qual modo si comportò la placenta?

Una storia di gravidanza extrauterina non munita dal reperto cadaverico,

(mancanza che è sempre sperabile nell'interesse della donna) non può che andare a tastoni nel segnare con precisione la varietà anatomica della forma: quante diagnosi non furono smentite dal reperto, quante contestazioni non sorsero anche tenendo sott' occhio il pezzo anatomico! Dal complesso però noi non siamo alieni dal mettere il caso nostro fra quelle gravidanze dette anche *addominali.*

Alla seconda domanda rispondiamo: in parte la placenta si eliminò sotto forma di detrito, ma certo in parte essa si incapsulò e deve esser diventata corpo inerte, rinchiusa in quello che già fu sacco fetale.

R. Istituto Ostetrico Ginecologico di Firenze.

CASISTICA DI GINECOLOGIA

ENUCLEAZIONE PER VAGINAM DI UN FIBROMA UTERINO

narrata dal Dott. **A. MARTINETTI**

Il dì 12 dell' ottobre ultimo scorso entrava nella nostra clinica ginecologica, come pagante di prima classe, la signora N. C. di anni 39, coniugata. Nessuna malattia importante nell'infanzia: a 15 anni, mentre era per stabilirsi la funzione catameniale, insorse una rilevante cloroanemia, che fu combattuta per alcuni mesi con una cura tonico-ricostituente; dopo la quale, accompagnata da fortissimi dolori addominali, comparve la mestruazione. Questa fu sotto tutti i rapporti regolare, se non che apportava sempre forti dolori, i quali del resto cessarono quando all'età di 20 anni la C. passò a marito. Tre volte rimase incinta nello spazio di 5 anni: le gravidanze furono buone e portate a termine; ebbero esito con parti naturali, dei quali l'ultimo, che fu 14 anni or sono, fu alquanto laborioso ma non richiese l'intervento dell'arte. Dopo l'ultimo parto la mestruazione riprese e continuò normale. Nove anni or sono la nostra malata fu passiva per appena quindici giorni di uno scolo leucorroico piuttosto abbondante, la causa del quale la malata ripone in una eccessiva fatica, casualmente sostenuta; cessò mediante semplici irrigazioni vaginali.

In questi due ultimi anni cominciò a soffrire un dolore vago, oppressivo e quasi continuo alla regione lombare sinistra. Il medico attribuì tale dolore ad una affezione renale — renella — e limitò la sua cura a prescrivere delle bevande alcaline e diuretiche. La mestruazione, sebbene regolare nel periodo di ritorno, e per la durata, tuttavia si era fatta un po' più abbondante. La stipsi e il frequente stimolo di mingere angustiavano la malata: però dal luglio u. s. la stipsi scomparve, e cominciò invece una diarrea, che del resto non aveva pro-

porzioni allarmanti; mentre il frequente stimolo di mingere non era seguito da libera emissione dell' orina, che anzi usciva stentatamente a goccia a goccia e con intenso bruciore. Nel fondo del vaso lasciava un deposito come di fiocchi albuminosi o di muco.

Negli ultimi giorni del settembre u. s. la C. aspettava la mestruazione; e invece di questa (uso le parole della malata) sentì come un colpo secco nel basso ventre, e dai genitali cominciò a scolare un liquido incoloro, molto sciolto, inodoro, in tale quantità che la donna dovè mettersi il panno e frequentemente rinnovarlo. Questo scolo durava anche dopo l'entrata in clinica.

Oltre che di questo scolo, della difficoltà del mingere e dei dolori lombari, la malata si lamentava di un forte dolore alla fossa iliaca sinistra, di un senso di peso, talora incomportabile, al piano perineale, di dolori acuti intermittenti alla regione splenica e agli ultimi spazii intercostali a sinistra.

L'ispezione, la palpazione, la percussione, l'ascoltazione dell'addome non offrivano nessun dato importante. I genitali esterni erano bene conformati. Facendo il riscontro digito-vaginale appena varcato l'ostio vulvare si avvertiva una massa, che riempiva la vagina, di una consistenza fibrosa, rotondeggiante, levigata. Pareva partirsi dal fornice vaginale di sinistra, che era stirato un po' verso destra, mentre tutto il resto del cul di sacco vaginale era diminuito d'ampiezza. Limitando col dito il tumore, grosso quanto un' arancia, si sentiva che aveva preso sviluppo nella spessezza del labbro anteriore del collo uterino, spingendo in basso e a destra il labbro posteriore, cosicchè l'orificio uterino, foggiato a mezzaluna, veniva a guardare a destra. Inutile il dire che tanto l' orificio uterino quanto il labbro posteriore erano ricoperti dal segmento inferiore del tumore, dietro al quale bisognava girare col dito per poterli apprezzare. Il dito si ritirava dalla vagina bagnato abbondantemente di sangue.

Fu posata la diagnosi di fibro-mioma del labbro anteriore dell'utero.

La malata accettò subito e di buon animo la cura chirurgica. Il Prof. Chiara scelse l'enucleazione, e l'eseguì il dì 14 ottobre, ossia 2 giorni dopo l' entrata in clinica della donna. Questa fu messa sul letto ginecologico nella posizione ostetrica. Quindi con 4 dilatatori fu divaricato l'ostio vulvo-vaginale e le pareti della vagina. Il fibroma appariva così scoperto. Su questa superficie il Professore portò il coltello del termo cauterio del Paquelin, e vi fece in linea obliqua da sinistra a destra un'incisione lunga 3 centimetri circa, e non si arrestò che quando, perforata la capsula, giunse sul tumore. Penetrando col dito in questa incisione si potè apprezzare la capsula stessa assai grossa, e difficilmente distaccabile dal fibroma stesso. Questa relativa rigidità della capsula, e l'essere assai aderente al tumore, resero necessario il prolungare ancora il taglio; ciò che fu fatto con le forbici comuni per l'estensione di circa altri 2 centimetri. Il fibroma rimase allora

più largamente scoperto; quindi, dopo aver girato più che fu possibile col dito fra la capsula e il tumore, fu impiantata in questo una robusta pinza dentata, e tirando su questa fu il fibroma sgusciato. Rimase momentaneamente attaccato per un sottile peduncolo; ma abbandonato a sè stesso il peduncolo si ruppe per il peso del fibroma.

In tutto l'atto operativo la donna non perse 10 grammi di sangue. Fatta una generosa irrigazione con la soluzione al 1/2 per mille di deutocloruro di Hg, furono poi portati in vagina contro il collo dei tamponi, imbevuti nella stessa soluzione. Quindi la donna fu riportata nel suo letto.

Nella sera si affacciò una leggera metrorragia; ed il Professore credè prudente rimuovere i tamponi messi dopo l'atto operativo, per sostituirvene altri imbevuti con la soluzione di percloruro di ferro, previa irrigazione vaginale. L'irrigazioni vaginali furono quindi ripetute tutti i giorni, mattina e sera sino a che la donna lasciò la clinica.

Le cose procederono come si desiderava sino al dì 19. Temperatura, polso, respiro normali; non più dolori, non più perdite. Nel giorno predetto a mezzogiorno la C. fu presa da un brivido intenso ma di corta durata; poi la temperatura salì a 39°, e la sera alle ore 7 a 39,3°. Fu fatta un'abbondantissima irrigazione vaginale con la soluzione già detta di deutocloruro. La mattina dipoi dalle ore 9 T. segnava 38°, alle 12 m. 37,2°. Nel decorso della guarigione non vi fu altro di notevole in quanto alle condizioni generali; forse l'elevazione della temperatura nel quinto giorno dopo l'operazione fu un portato dell'eliminazione dell'escara, prodotta dal termocauterio; ma fu cosa di poco momento.

Quello che tornò interessantissimo fu il tener dietro al riformarsi del collo uterino nei giorni successivi all'operazione. Dapprincipio si sentiva sempre irregolare, e l'orificio trasversale; poi andò man mano riformandosi e rialzandosi, dimodochè l'orificio rifattosi rotondo guardava ora in avanti e un po' in alto. Nello spessore del labbro anteriore si sentiva una durezza data da un corpo grande quanto una nocciuola: di giorno in giorno si faceva più piccola. Quella durezza evidentemente non poteva essere che la capsula del fibroma, la quale andava adagio adagio atrofizzandosi.

Il giorno 30 ottobre la C. lasciava la Clinica, essendo completamente guarita. Sul finire del dicembre in una lettera di auguri e ringraziamenti diretta al Prof. era questa frase « da moltissimi anni non avevo goduto una salute così « buona. »

A. Martinetti.

DELLA VERSIONE COMBINATA

NEL

TRATTAMENTO DELLA PLACENTA PREVIA

STUDIO DI

RICHARD LOMER
Medico Chirurgo
Assistente nell'ospedale per le donne dell'Università di Berlino

TRADUZIONE LETTERALE

DI

GIULIO KIRCH

Il metodo della versione bimanuale dovuto a Braxton Hicks e la sua introduzione nella pratica ostetrica fu una delle più grandi innovazioni nella ostetricia operativa. La versione ha ottenuto con essa un grande avvenire ed operazioni che per l'innanzi erano considerate impossibili, si eseguono al presente con facilità. Tale avanzamento deve considerarsi come un vero progresso pratico.

Braxton Hicks raccomandò il suo metodo specialmente nei casi di placenta previa e ne mostrò i vantaggi e la sua pratica applicazione in sei casi che riuscirono esito felice. La società ostetrica di Londra, nella discussione su tal tema, accolse favorevolmente il suo metodo, e i suoi vantaggi furono riconosciuti su larga scala dai pratici, però ben poco si è detto della sua applicazione nella pratica comune, come metodo per il trattamento della placenta previa. Alcuni casi trattati in tal modo vennero resi di pubblica ragione, ma nessuna statistica fondata su molte osservazioni fece risaltare la superiorità del suo metodo nel trattamento dell'ectopia placentare. In Germania, Hecker e Spiegelberg si erano dichiarati contrari alla versione combinata in simili casi. Forse questa fu la ragione per la quale non si fecero seri tentativi acciò tal metodo venisse accettato nel nostro paese. In America non pare si sia data grande importanza a tale metodo. Di 240 casi di placenta previa occorsi nello stato di Indiana e raccolti da King, trovo fatta menzione di un solo caso trattato con la versione bimanuale. I libri di testo ne hanno parlato ampiamente ma quello che vorremmo sarebbe

una collezione di casi trattati tutti con ugual metodo. Tali casi esistono? Se esistono, quali resultati hanno dati? La prognosi nei casi di placenta previa è migliore se vengano trattati con tal metodo anzichè con altri?

Credo si possa rispondere affermativamente a quest'ultima domanda, e credo ancora che si possa provarlo ad evidenza.

Hofmeier per il primo ammise ed adottò nella pratica ospitaliera il metodo di Braxton Hicks. Prima dei suoi, singoli casi in cui si fece uso di tale trattamento furono pubblicati ma non fecero impressione. Hofmeier appoggiò i suoi asserti con gran numero di osservazioni; e provò con fatti che l'aspettativa di Braxton Hicks fu largamente confermata dalla pratica.

In seguito Behm, appoggiandosi ai resultamenti ottenuti da Hofmeier nel trattamento della placenta previa, adottò il metodo in discorso in una serie numerosa di casi. I suoi resultati furono ottimi.

Hofmeier raccolse le osservazioni su questo tema nella policlinica dell'ospedale per le donne, dell' Università di Berlino diretto dal Prof. Schoeder. Operò da sè stesso ogni volta. I casi del Behm sono dovuti al reparto ostetrico dell'ospedale della Carità di Berlino, diretto dal Prof. Güsserow. Egli pure fu sempre operatore egli stesso.

Le osservazioni di cui m'è dato disporre occorsero nell' ospedale per le donne, nell' Università di Berlino, lo stesso istituto che fornì le osservazioni ad Hofmeier. Sono di data recente e consistono in casi operati dai diversi assistenti che furono in questi ultimi tempi in quell' ospedale. Rendo grazie al Professor Schroeder per il gentile permesso di pubblicare il prezioso materiale della sua clinica in questo giornale. Il materiale di cui posso disporre e che metto innanzi ai pratici ha un valore tutto speciale, avuta considerazione all'uniformità ed al gran numero dei casi osservati. Il fatto, che gli ultimi di questi furono osservati nel corso di pochi anni nella stessa città e che furono trattati quasi tutti, presso a poco nello stesso modo, dà un' importanza particolare a questa raccolta di osservazioni.

I resultati delle osservazioni di Hofmeier, Behm e delle mie sono:

Casi di placenta previa trattati con versione bimanuale.

	Numero dei casi	Morte
Casi di Hofmeier . . . . . Operati da Hofmeier stesso nell'ospedale per le donne dell'Università di Berlino.	37	1
Casi di Behm . . . . . Operati da Behm stesso nell'ospedale della Charité in Berlino.	40	0
Casi miei . . . . . Operati da 9 differenti assistenti nell'ospedale per le donne dell'Università di Berlino.	101	7
	178	8-4.5 % di mortalità.

Nessuna statistica di placenta previa basata sopra sì vasta scala di osservazioni ha dato resultato simile. Voglio dire questo solo come prova di fatto e chiudere con ciò queste poche parole che servono d'introduzione.

In cosa consiste tal metodo?

Far la versione col metodo bimanuale quanto più presto si può, tirar giù una gamba e tamponare con questa o con le natiche del feto i vasi lacerati della placenta. *Non estrarre allora il feto,* lasciarlo espellere dalle forze naturali o tutt'al più aiutare l'espulsione con traimenti delicati e rari. Non far uso dello zaffo per quanto è possibile; poichè questo è pericoloso in quanto favorisce l'infezione e si perde un tempo prezioso per la sua applicazione. Non bisogna aspettare a fare la versione finchè la cervice e la bocca uterina siano « sufficientemente dilatati per permettere il passaggio della mano. » Fare la versione appena si possa introdurre uno o due dita attraverso l'orificio uterino. Per questo non fa bisogno di forzare l'ingresso nella cavità uterina spingendo con violenza le dita traverso l'orificio. Introducete tutta la mano in vagina, passate con uno o due dita attraverso il collo, rompete le membrane e fate la versione con il metodo di Braxton Hicks. Fate liberamente uso del cloroformio in queste manipolazioni. Se per strada s'incontra la placenta cercate di rompere le membrane ai suoi margini, ma se questo non è fattibile, non perdete tempo, perforate la placenta col vostro dito, afferrate un piede il più presto possibile e tiratelo in basso.

Fino a questo momento il trattamento deve esser condotto energicamente. L'esperienza insegna che a questo punto l'emorragia cessa. La seconda parte del trattamento consiste nell'aspettazione.

Se a questo punto si facesse subito l'estrazione, questa sarebbe causa di lacerazione del collo e di una fatale emorragia post-partum. Per questo conviene aspettare. Date tempo alla paziente di radunare le proprie forze, aspettate fino a che vengano i dolori e allora aiutate le forze naturali con leggeri e gentili traimenti. Se durante questo tempo il feto corre pericolo, abbandonatelo al suo destino, lasciatelo morire se è necessario, ma non portate maggior pericolo alla madre con una troppo pronta estrazione.

La lacerazione del collo è sempre pericolosa, ed è sopratutto pericolosa nei casi di placenta previa a cagione della grande vascolarità dei tessuti del collo e della loro tendenza a rompersi. Un'altra non piacevole complicazione è l'atonia dell'utero specialmente nei casi di placenta previa nei quali in generale non conviene che si perda molto sangue. Ma a tutti questi pericoli si può ovviare con l'aspettazione dopo avere eseguita la versione. Le doglie in generale vengono presto, il collo si dilata rapidamente, e il bambino vien messo alla luce generalmente dopo una o due ore dalla versione.

I. Y. Simpson nel suo bel trattato sulla placenta previa dice: « Due sono i grandi pericoli che devono essere presi in considerazione nell'operazione versione in ogni caso speciale di presentazione placentare cioè, *primo* il pericolo di una emorragia troppo prolungata, e per conseguenza l'esaurimento e perfino la morte della paziente, se l'operazione non viene fatta con sufficiente rapidità; *secondo* il pericolo di contusione e lacerazione del collo uterino e dei suoi vasi, se l'operatore temendo di aspettare, e avendo paura degli effetti della emorragia, procede ad una troppo pronta liberazione. » *Il metodo che raccomandiamo evita ambedue questi pericoli: nella pronta versione si arresta l'emorragia; col permettere che la natura stessa espelli il feto, si prevengono lacerazioni del collo.*

In vero non si ha nessun riguardo alla vita del feto, e questa è l'unica grave obbiezione che si possa fare a questo metodo e va pur presa in considerazione. Qui voglio solamente far cenno di questo, riserbandomi di ritornarvi sopra più tardi. In poche parole questa è la nostra opinione:

1.° Essendo la prognosi per la vita del feto sempre grave nei casi di placenta previa (travaglio prematuro, anemia materna, disturbo di circolo placentare, presentazione abnorme del feto, procidenza del funicolo, e atti operativi necessitati da queste presentazioni). 2.° Essendo incontestabilmente di maggior valore la vita della madre che quella del feto, non è giusto di lasciar correre il rischio alla madre di morire d'emorragia, per salvare la vita molto problematica del feto. 3.° I nostri resultati non essendo peggiori per il feto di quelli che si hanno con altri trattamenti, almeno fino ad ora; d'altra parte avendo un sorprendente buon esito per la madre, a buon diritto possiamo proclamare la superiorità del nostro metodo.

Ci si permetta adesso di vedere come ebbe origine e come andò svolgendosi questo trattamento della placenta previa.

PARTE STORICA.

Riandando nella letteratura della placenta previa, si trovano delle osservazioni sparse di alcnni operatori, che dimostrano che il metodo della versione bimanuale era già conosciuto innanzi Braxton Hicks. Secondo Müller, Hamilton nel 1822 e Lee nel 1848 operarono siffattamente. Altri metodi che in gran parte hanno punti di somiglianza con il procedere di Braxton Hicks, e per i quali l'operatore operava pur non essendovi dilatazione del collo non devono essere nè confusi nè messi insieme con questo metodo. Rigby ed altri, ad esempio, usavano, dilatare il collo lentamente con le dita, e finalmente introdurre la mano in cavità uterina. Rigby conosceva pure i pericoli della pronta estrazione e diede

dei consigli contro tale pratica. Ne viene di conseguenza che il suo metodo in molti punti è simile a quello di Braxton Hicks; ciononostante vi è la differenza essenziale che egli introduceva tutta la mano nell'utero.

Influenzato dai buoni successi che Wigaud ed altri operatori tedeschi ottennero dalla versione con manualità esterne, Braxton Hicks combinò questo metodo con la versione ordinaria, e così scoprì un nuovo metodo. Bisogna rendergli grazie e accoppiare il suo nome a questo metodo poichè egli ne fece conoscere l'utilità e l'importanza e si studiò di far sì che il suo metodo fosse conosciuto ed accettato da altri. Così Barnes disse nel 1870: « Questa (versione) può quasi sempre esser fatta senza introdurre la mano nell'utero; in questi casi la versione bipolare trova una delle sue più preziose applicazioni..... La pronta estrazione porta con sè una certa violenza e lo shock. L'estrazione delicata, dando al collo tempo di dilatarsi gradatamente, evita tali inconvenienti. » Faccio notare che Barnes ebbe risultati brillanti. Perdè solo sei donne sopra 69.

Leishman dice: « Per fare questa (la versione) basta il passaggio di uno o due dita attraverso la bocca uterina, e per quel che riguarda la placenta previa, siamo convinti che questo metodo per tante ragioni è il migliore. »

I vantaggi di questa manualità generalmente riconosciuti in Inghilterra, non furono accettati da tutti in Germania. Così Hecker parla sfavorevolmente di questo metodo; ma da qualche osservazione che egli fa, si comprende che l'usò in modo affatto differente da quello raccomandato da Braxton Hicks. Ad esempio, egli vi porta un caso nel quale la versione combinata fu immediatamente seguita dalla estrazione, e l'ultima parte di questa essendo molto difficile, perchè la cervice uterina non permetteva l'uscita della testa, fu necessaria una profonda incisione sul collo. Ora questo è un parto forzato, e mostra che Hecker non aspettò che le forze naturali espellessero il feto come insegna Braxton Hicks. Inoltre, Hecker non usò cloroformio ed operò quindi in cattive condizioni.

Spiegelberg e Müller si opposero pure alla versione combinata dicendo che è difficile e impossibile ad eseguirsi, e che nella placenta previa, l'emorragia non cessa per traimenti fatti sopra un arto inferiore del feto. Ora chiunque voglia darsi la pena di provarlo, potrà persuadersi che tali obbiezioni sono senza fondamento. Aveva ben ragione Braxton Hicks nel dire: « In ogni caso ho attentamente osservato se vi era emorragia interna od esterna, e non l'ho mai trovata..... Fate la versione ed avete vinto il pericolo se fate uso del feto come di zaffo; aspettate quindi i dolori, intanto tornano le forze, e lasciate che la natura, delicatamente aiutata, compia la liberazione. »

In Germania, Kuhn, Fasbender e Martin hanno pubblicato ciascuno diversi casi di placenta previa, nei quali fu compiuta con successo la versione combinata. Martin non sempre si astenne dalla pronta estrazione, ed a questa si

devono ascrivere i tre casi letali che ebbe sopra 29. Schroeder ha sempre ritenuti certi i vantaggi della versione bimanuale, e raccomanda l'estrazione delicata, o l'assoluta aspettazione dopo che quella è compiuta. Le sue idee su questo, e che pubblicò nel 1877 sono le stesse ancora oggi; nella sua recente edizione del Lehrbuch der Geburtshülfe (1884), dà questo consiglio: « Rompere le membrane, portare in basso una gamba, ma aspettare a fare l'estrazione. »

Pure Kaltembach raccomanda caldamente questo procedimento, egli operò siffattamente e con buon esito in due casi, e osserva che le difficoltà di questa operazione sono state esagerate.

Ho pure fatta menzione delle eccellenti pubblicazioni di Hofmeier e di Behm, i quali furono gli ultimi che in Germania scrissero su questo tema.

Da quanto ho veduto nella letteratura Francese ed Americana, posso credere che il metodo alla Braxton Hicks non è conosciuto in quelle regioni e la sua pratica non vi è estesa tanto quanto dovrebbe esserlo.

Così Wasseige lo rammenta, facendo osservare che la sua applicazione è limitata solo a vari casi, poichè quando quella non riuscisse verrebbe resa molto più difficile la versione ordinaria per la rottura artificiale delle membrane. Charpentier, neanche rammenta il metodo alla Braxton Hicks per il trattamento della placenta previa nel suo nuovo ed esteso libro di testo.

Ho detto già che King, nella collezione dei casi di placenta previa, che gli occorsero nello stato d'Indiana, dice di avere operato in un solo caso sopra 240, con il metodo della versione bimanuale. Ed i procedimenti raccomandati da Lusk nel suo bel libro di testo differiscono moltissimo dal metodo di Braxton Hicks. Lusk dice: « Quando il collo è stato abbastanza allargato (con dilatatori) per permettere la liberazione, si possono introdurre due dita, staccare la placenta, rompere le membrane, e si può prendere un'estremità senza introdurre tutta la mano nel cavo uterino. Può seguire l'estrazione poichè la pressione del feto previene l'emorragia copiosa.

Ho cercato di dimostrare perchè questo metodo di trattamento della placenta previa non fu ammesso prima, cioè perchè nella estesa letteratura si trova tanto poco scritto su questo tema. Forse vi concorsero le circostanze seguenti:

1.° La versione bimanuale in ostetricia, come il riscontro combinato in ginecologia, era sconosciuta.

2.° L'uso del cloroformio era considerato di grande momento.

3.° Gli operatori operavano con la ferma convinzione che la cosa più importante da aversi nei casi di placenta previa era la pronta liberazione.

4.° Annettevano troppa importanza alla vita del feto.

Prognosi per la madre.

Riporto qui la lista di una raccolta di casi onde dimostrare quale sia stato il risultato di diversi scrittori sulle ricerche quanto alla mortalità per le madri nei casi di placenta previa.

Prognosi relativamente alle madri secondo numerosa raccolta di casi di placenta previa:

	Num. dei casi	Morte	Mortalità p. %
Charpentier (Clinica di Parigi) . . .	65	22	35 %
Depaul	71	23	32 »
Simpson	654	180	29 »
Schwarz	332	80	26 »
Charpentier	952	237	25 »
Trask	938	237	25 »
Müller	912	212	23 »
King	240	54	22,5 »

Tale è stata la mortalità relativamente alla madre nei casi di placenta preprevia; quindi è che i libri di testo basandosi su tali cifre parlano di questa complicanza come molto grave. Lusk, ad esempio, dice: « la prognosi della placenta previa è di necessità estremamente sfavorevole. Quasi una madre sopra quattro muore durante o poco dopo il parto. Contando le morti per processi puerperali, Müller stima la mortalità non minore del 36 al 40 %. » (Libro di testo, pag. 556).

Ora quello che vorrei dimostrare è che *se i casi convenienti sono trattati col metodo della versione combinata, la prognosi per la madre è molto migliore di quanto hanno mostrato le statistiche finora, e molto migliore di quanto i libri di testo dicono che sia.*

Prima di entrare nei particolari voglio fare alcune osservazioni preliminari:

La prima è che i casi che occorrono nella pratica di un singolo operatore

spesso danno migliori resultati che raccolte di casi tolti da differenti autori. Circostanza sulla quale Playfair ha insistito. Prova ne sia la seguente lista di osservazioni:

Casi di placenta previa occorsi nella pratica di singoli operatori.

	Num. dei casi	Morte	Mortalità p. %
Spiegelberg	102	16	16 %
Barnes	69	6	8,5 »
Hecker	70	7	10 »
Müller	15	0	0 »
Murphy	15	0	0 »

Per farsi un'idea della mortalità generale nei casi di placenta previa, resultati scelti di questa fatta non possono essere di alcuna utilità. Se così fosse sceglierei, ad esempio, i resultati messi insieme di Hofmeier, Behm e miei (cioè casi personalmente assistiti) ed arriverei alla seguente meravigliosa statistica della placenta previa.

Hofmeier . . .	37 casi	1 morte
Behm	40 »	0 »
Lomer	16 »	0 »
	—	—
	93 casi	1 morte

Questo non sarebbe un giusto calcolo. Per questo, credo, che i casi a mia disposizione, essendo stati osservati da nove differenti assistenti, ciascuno dei quali acquista da quelli la propria esperienza, sono particolarmente adattati a studiare la prognosi della placenta previa, in quanto che il trattamento è stato identico, e le circostanze sono alquanto simili a quelle che si riscontrano nella pratica comune.

Un'altra circostanza che voglio far notare, che cioè da quando l'uso degli antisettici è stato introdotto in ostetricia, tutte le operazioni sono divenute meno pericolose e che non è giusto di comparare le statistiche d'oggi con quelle di anni addietro senza far menzione di questo fatto. I casi di placenta previa con esito letale durante il puerperio per infezione puerperale, d'altra parte, devono

necessariamente essere contati. Hofmeier pure ha insistito su questo punto, dimostrando che Heeker pubblicò resultati molto troppo favorevoli poichè non fece osservazioni di questi casi. — Un metodo di trattamento della placenta previa che consista nel ripetuto e prolungato riempimento vaginale con tamponi è facilmente causa di decomposizione delle secrezioni e dell'infezione puerperale che non un metodo per il quale lo zaffo è usato solo eccezionalmente, e nel quale la mano viene introdotta nel canal genitale una sol volta per fare la versione, e nel quale il travaglio si lascia alla natura. Le natiche del bambino in questo caso fanno quello che negli altri casi ci si attende dallo zaffo di cotone.

I casi che occorrono nella nostra policlinica, sono da principio assistiti da uno studente. Se egli trova di aver che fare con placenta previa, deve tamponare la vagina e mandare a chiamare l'assistente. Così un tempo prezioso spesso è perduto e le pazienti sono esposte all'infezione dovuta ai tamponi, due circostanze pericolose che potrebbero essere prevenute quando l'operatore fosse il primo chiamato, come accade nella pratica comune. Inoltre, molte delle nostre pazienti, prima che fosse richiesta le nostra assistenza erano state trattate con altri metodi dai pratici della città. Spesso abbiamo trovato le donne con una infezione già in corso, o in uno stato tale di anemia, che la prognosi doveva farsi infausta appena vista la malata. In pochi casi ancora le trovammo moribonde al nostro arrivo.

Ammesse tutte queste circostanze sfavorevoli i nostri resultati sono stati molto buoni avuta considerazione alla statistica generale come mostra la tavola N. 1. Il totale dei nostri fu di 136; di questi 13 morte, cioè il 10 %. Aggiungendo a questo il resultato di Hofmeier e di Behm (cioè il numero totale dei loro casi, inclusi tutti quelli che furono trattati anche con altri metodi prima che fosse fatta la versione bimanuale), arriviamo alle cifre seguenti:

TOTALE DEI CASI.

	Num. dei casi	Morte
Hofmeier	47	4
Behm	53	4
Lomer	136	13
	236	21 cioè il 10 %

Quindi *mettendo la nostra statistica nelle condizioni le più sfavorevoli, abbiamo solo il* 10 % *di mortalità,* poichè ad un numero di 236 casi occorsi nella pratica ospitaliera, concorsero molte circostanze a deteriorare la prognosi.

Se ciononostante, consideriamo i casi trattati con la versione combinata solamente otteniamo i risultati:

Casi trattati con la versione combinata.

	Num. dei casi	Morte
Hofmeier	37	1
Behm	40	0
Casi miei	101	7
	178	8 cioè 4,5 % di mort.

Finora non si ebbero simili resultati.

Riassumendo: Accordandosi ai libri di testo, la mortalità nei casi di placenta previa è tra il 40 % ed il 24 % (Spiegelberg, pag. 368, Charpentier, pag. 371). Grandi collezioni di casi di differenti operatori danno una mortalità di presso a poco 25 % (vedi la tavola). I resultati dati dai singoli operatori furono spesso assai migliori (vedi la tavola). Le nostre statistiche basate sopra un considerevole numero di casi trattati da diversi operatori in condizioni sfavorevoli, incluse le morti durante il puerperio per infezione puerperale, provano che se i *casi* convenienti sono bastati col metodo alla Braxton Hicks, la placenta previa non è più una complicanza così temibile della gravidanza. Simpson. potè paragonare la mortalità della placenta previa a quella della febbre gialla e del colera. È passato il tempo per fare simili paragoni.

Prognosi per i neonati.

Avuta considerazione alla prognosi esposta per la madre, possiamo convincerci che la prognosi per il feto è d'importanza molto secondaria. Credo che ogni ostetrico pratico vorrà ammettere ciò. È cosa molto sorprendente in medicina che spesso la vita della madre è stata messa ad uno stesso livello con quella del feto. — Quale accidente per una famiglia se un feto nasce morto? — La famiglia continuerà a vivere come per lo innanzi; se era il loro primo figlio, i parenti si daranno premura di averne altri; se avevano già molta prole non sentiranno molto forte la perdita. Quanto differente invece è la morte della madre! Che terribile perdita per il marito, quale irreparabile perdita per gli altri figli che dipendono dalla madre! La vita del feto può essere sempre sostituita da quella di un altro, niente può compensare la morte della madre. Sembra davvero un'assurdità di mettere ad uno stesso livello la vita della madre e quella del bambino. Non sarebbe egli difficile per un medico fare intendere ad un marito cosa intende dire col domandargli quali delle due vite valuta di più? Non

risponderebbe egli: « Ma, dottore, sono forse senza senso comune? Mi domandate se dovete lasciare correre pericolo alla moglie per salvare il bambino? In verità non mi potete avere seriamente fatta simile domanda!

Ma lasciate che cerchiamo cosa perdiamo nel sacrificare la vita del feto. Come mostrano le statistiche, una vita di poco valore. Riporto una tavola per dimostrare cosa ne pensano i diversi autori:

Mortalità dei bambini nei casi di placenta previa secondo i differenti autori.

Schwarz	75 %	
Hecker	67 »	
Barnes	64 »	
Müller	64 »	(da 2360 casi)
Fritsch	60 »	
Spiegelberg	50 »	
Braun	50 »	

Queste cifre però non dicono se il bambino nacque vivo o se visse dopo la nascita, punto molto importante che è stato omesso. Behm, ad esempio ebbe il 78 % di fanciulli viventi subito dopo la liberazione. Di questi tanti furono prematuri, che il 71 % del numero totale venne perso; ed è questo oppostamente contrario ai suoi primi risultati. Kuhn tenne dietro al destino dei bambini nati in 46 casi di placenta previa e trovò che due mesi dopo la loro nascita due soli erano ancor vivi. Ci si conceda di prendere la percentuale del Müller come quella statistica più attendibile nella tavola suesposta. Uniformandoci a quella un bambino nato in caso di placenta previa avrebbe tre probabilità su dieci di venire alla luce vivo, e sei sopra dieci di nascere morto. Secondo Virchow di mille bambini nati vivi a Berlino, 292 morirono nel corso del primo anno. Cosicchè un bambino nato per placenta previa, nel corso del primo anno perderebbe anche le altre tre probabilità di vita e se può scampare alla morte, vi sono tutti i pericoli delle malattie infantili (morbillo, scarlattina, difterite) cui anderebbe incontro prima di essere cresciuto, cioè prima di essere giunto a quell'età nella quale diritto abbiamo di considerare la sua vita equivalente a quella della madre. Tale è la valuta della vita del feto nei casi di placenta previa, e per salvare quella dovremo noi mettere in pericolo la vita materna con inconsulta e forzata estrazione?

Credo che in questo modo e nell'altro la vita del feto è sacrificata, se agiremo rigorosamente avendo le nostre regole. È mia opinione, ciononostante, che il *pericolo che corre il bambino lasciandolo nascere spontaneamente dopo la*

versione è esagerato dalla teoria. La pratica non si accorda con ciò, come proveremo con cifre. La pratica spesso conduce ad altri risultati, di quelli che la teoria ci fa aspettare. Così, ad esempio, potremmo credere, standosene alla teoria, che la prognosi per il feto è assolutamente infausta nei casi in cui la placenta viene espulsa prima del feto. Non è così. Simpson mostrò che sopra 141 casi simili, il 31 % dei bambini nacquero vivi. Non ho potuto assicurarmi nei miei casi se i bambini restarono vivi o no, le mie note solo dicono se nacquero vivi o morti. Ora, ciò basta a provare se il feto più facilmente muore se nasce spontaneamente (cioè con tirate delicate e prudenti) o se soccombe più facilmente quando viene estratto immediatamente dopo la versione secondo che si usa generalmente fino ad ora. Quali furono i nostri risultati riguardo ai bambini? Di 138 bambini, 62 nacquero morti, cioè il 45 %; di 103 così trattati con la versione combinata (dopo averne sottratti quelli premorti alla versione) 34 nacquero morti, cioè il 31 %. Questi possono essere morti a causa del metodo operativo; è difficile provare il contrario; però è certo che queste cifre danno il massimo di mortalità che si possa avere, quando si lasci venire il bambino alla luce spontaneamente. Ritorneremo su questo punto più innanzi. Sommando i risultati di Hofmeier, Behm e miei, troviamo per quanto riguarda la mortalità dei bambini:

Mortalità dei neonati nei casi di placenta previa trattati con la versione combinata.

Hofmeier . .	37	casi,	27	morti	=	65 %
Behm	40	»	31	»	=	77 »
Miei casi . .	101	»	51	»	=	50 »
	178	casi,	105	morti	=	60 %

Questi risultati però non sono uniformi inquantochè Hofmeier ed io considerammo solo se il feto nasceva vivo o morto, mentre Behm riporta il resultato definitivo della vita del bambino. Ciò nullameno credo che possiamo tirarne le conclusioni che la prognosi per la vita fetale non è peggiore sia se venga estratto immediatamente dopo la versione, sia se si aspetti la liberazione fatta dalle forze naturali. Paragonando le nostre cifre con quelle date dai diversi autori (vedi la tavola) il lettore potrà convincersene. Chiudiamo questo capitolo con le seguenti conclusioni:

1. La mortalità dei bambini nati spontaneamente dopo la versione, non è superiore a quella dei bambini estratti immediatamente dopo la versione. Il pericolo cui va incontro il feto quando non se ne faccia l'estrazione, è stato quindi esagerato.

2. La vita di un feto è di così poca valuta pratica, nei casi di placenta previa, paragonandola a quella della madre, che quando corresse pericolo lasciando operare le forze naturali, siamo in diritto di sacrificarla nei casi in cui porteremmo danno alla madre con una pronta estrazione. L'unica obbiezione quindi che si può fare al nostro metodo non è d'importanza seria:

I vantaggi quindi di tal metodo si possono riassumere:

1. Scansa i pericoli del tamponamento e dell'infezione la perdita di tempo che implicano.

2. Ci permette di operare presto, cioè quando non è stato perso molto sangue.

3. Arresta l'emorragia con grande certezza.

Dà tampo alla malata di riaversi, alla cervice di dilatarsi, ai dolori di farsi più validi. Quindi anche previene l'emorragia post partum (lacerazioni del collo, atonia dell'utero).

Ora mi estendo sui particolari dei miei 136 casi.

Frequenza.

Questi 136 casi occorsero sopra:

3,864 parti della policlinica (i più patologici).
e 3,018 parti della clinica (i più normali).

Totale 6,882 cioè sopra 1000 casi ne occorsero 20 di placenta previa. Riferendosi a pratica ospitaliera è naturale che tale tale frequenza sia di gran lunga superiore alla frequenza ordinaria della piacenta previa. Schwey disse che occorreva una volta 1564 parti (sopra 519,328 parti del granducato di Hess), e Müller: una volta sopra 1,078 parti (da 879,432 parti). Pare che a Berlino i casi di placenta previa siano un po' più frequenti di questo. La collezione di Behm comprende i casi ocorsi nell'Ospedale della Charité, ed i miei sono tutti dell'ospedale per le donne, dell'Università. Così insieme abbiamo riuniti tutti i casi di placenta previa occorsi in Berlino in uno spazio di tempo conosciuto. — I 53 casi di Behm furono osservati nello spazio di due anni, i nostri 136 casi in 3 anni e mezzo.

Il numero annuo dei casi dell'ospedale della Charité sarebbe di	26
Il nostro numero annuo	32
Totale	65

Tale sarebbe il totale annuo dei casi nella pratica ospitaliera di Berlino. Questa cifra non inchiudente i casi di placenta previa occorsi nella pratica privata, ci

dà il minimum di frequenza per Berlino. Ora, se ammettessimo un caso di placenta previa per 1000 parti, avremmo che a Berlino ci sono 65,000 parti all'anno. Il che non è, poichè secondo le statistiche degli ultimi 5 anni, essi furono in numero di 46,000. Cosicchè possiamo concludere che in questa città il minimo dei casi è di 1 sopra 723 parti.

Primipare? Multipare?

Dei 136 casi solamente 11 primipare, cioè l'8 %.

La superiorità di multipare e specialmente delle molto multipare è mostrata dalla tavola seguente:

82 donne avevano avuto almeno 5 parti avanti = 60 %
16 » » » » 10 » » = 12 %

In tutti i lavori sulla placenta previa, gli autori hanno insistito sopra la maggior frequenza di questa nelle multipare. Il numero relativo delle primipare fu stimato differente; così Simpson dà il 30 %, Charpentier 19 %, Müller 17 %. Le nostre cifre si approssimano di più a quelle di King che dà il 10 %.

Età.

La tavola seguente mostra il resultato riguardo alla ricerca sull'età delle nostre malate di placenta previa. La più giovane aveva 21 anni, la più vecchia 46.

16	cioè	12 %	erano	tra 20 e 25 anni.
46	»	34 %	»	» 20 e 30 »
81	»	60 %	»	da 30 anni in su.
7	»	5 %	»	da 40 » »

(Continua).

Biblioteca degli Annali di Ostetricia

(Continuazione, Vedi dicembre 1884).

RASSEGNA DI LAVORI NAZIONALI

Il Galattocele. Osservazioni e studi del Dott. **G. B. Marta.** — Venezia 1884.

È una memoria di 67 pagine letta all'Ateneo veneto nell'adunanza del 13 giugno 1884. Le 9 parti (o capitoli) componenti la memoria si seguono con l'ordine e la denominazione di cenni bibliografici-anatomia-fisiologia della ghiandola mammaria.

Cenni d'anatomia patologica sulle cisti lattee.
Osservazioni — Prospetto delle osservazioni — Eziologia del galattocele — Patogenia.
Galattocele d'origine ghiandolare — per infiltrazione — per trasudazione.
Tumori butirrosi e caseosi — Calcolosi lattea — Ascesso latteo — Galattoceli transitori.
Galattocele durante l'allattamento, la gravidanza, fuori della gravidanza e dell'allattamento.
Sintomatologia.
Diagnosi differenziale.
Trattamento.

L'A. modestamente scrive che non pretende presentare una completa monografia sull'argomento, ma soltanto riempire una lacuna nel campo ginecologico: e questo l'A. ha fatto egregiamente per cui gli saranno grati ginecologi e ostetrici. Di galattoceli l'A. fa due classi, cioè le forme primitive e le secondarie e le due classi comprendono in tutto le varietà seguenti:

Galattocele liquido,
Galattocele solido o concreto,

Galattocele per infiltrazione,
Calcolosi lattea,
Galattocele transitorio.

La casistica raccolta dall'A. consta di 22 osservazioni bellamente disposte in un quadro sinottico a pag. 44.

Intorno la cura di questa malattia ecco come parla l'A.: Le cisti lattee, come le cisti semplici e come infine tutti i tumori benigni del seno devono trattarsi in via generica allo stesso modo. Questo concetto terapeutico è ammesso dal Billroth e da tutti i chirurghi più autorevoli. La cura dei galattoceli deve necessariamente variare a seconda del loro decorso, della durata o della loro natura.

La formazione della cisti riconoscendo per causa la funzione stessa della ghiandola, la prima indicazione che si presenterà al chirurgo sarà quella di far cessare la secrezione lattea. Quindi il divezzamento del bambino, un regime dietetico piuttosto scarso e vegetale, purganti e, secondo il Velpeau, mezzi antilattei e bagni alcalini.

Il vuotamento della cisti mediante la puntura è il metodo più vecchio e più semplice adoperato anche da A. Cooper, ed una volta con buon esito.

La sola puntura come mezzo curativo è un metodo troppo semplice per fidare intieramente sulla sua efficacia. Se dopo la puntura evacuatrice si chiude l'apertura, si rinnova la raccolta del latte e si riproducono le sofferenze e l'aspetto che presentava avanti la parte.

La compressione dei tumori del seno che Recamier adoperava indistintamente per tutte le neoplasie della mammella e che Broca (1) ha consigliato per la cura degli adenomi, fu anche impiegata vantaggiosamente in alcuni casi di cisti da ritenzione. Ma il galattocele, abbenchè rappresenti il tipo delle cisti da ritenzione ha una superficie per così dire mucosa e spalmata d'un intonaco caseoso, per cui le sue pareti poste e mantenute a contatto non possono aderire. È necessario quindi prima modificare la superficie interna del sacco con iniezioni irritanti, lasciando suppurare la cavità e passare poi alla compressione metodica delle sue pareti per ottenerne facilmente la coalescenza.

Velpeau avea pure notata la circostanza della natura ghiandolare della superficie interna del sacco, per cui non credea che la iniezione iodata potesse di molto modificarla. Le mie ricerche, ei scrive, hanno dimostrato: che le iniezioni irritanti non giovano che quando si adoperano nelle cavità francamente sierose.

La seconda osservazione (personale) che ho citata dimostra per altro quanto può essere alle volte efficace la puntura seguita dalla iniezione iodata.

Forse le sostanze cauterizzanti potranno servire meglio delle irritanti, abbenchè nel caso di galattocele peduncolato riferito dal Velpeau, le iniezioni iodate e caustiche non sieno state seguite da buoni risultati.

Tanto le iniezioni irritanti che le cauterizzazioni possono ripetersi quante volte il caso lo richieda.

---

(1) Broca. Sur le traitement des adénomes et des turmeurs irritables de la mamelle par la compression (*Bull. de Térapeutique,* 1862).

La puntura, la iniezione irritante o caustica e la compressione si potranno anche usare simultaneamente e spesso con efficacia come cura del galattocele.

Questa associazione di mezzi terapeutici è più vantaggiosa nei casi di cisti semplice e di cisto-adenoma; in quest' ultimo caso la compressione potrebbe produrre l'atrofia del tessuto ghiandolare neoformato.

Taluno trovando piuttosto lenta l'azione dei caustici preconizzò, nei casi di galattocele, l'incisione ed il drenaggio. Il drenaggio conviene meglio nelle grandi raccolte ed il caso di Scarpa ce lo dimostra ad evidenza.

L'ampia spaccatura del tumore, cercando di tenere aperta la ferita affinchè la superficie interna della cisti si mantenga suppurante, è un mezzo che fu scelto con buoni risultati.

Velpeau suggerì anche le piccole incisioni e Bonchacourt impiegava la spaccatura seguita dalla cauterizzazione con una soluzione di nitrato d'argento al 5 per %.

Qualunque sia il mezzo adoperato, bisogna avere in mente che lo scopo è quello di far suppurare la superficie interna della cisti e nei casi di eccessiva distensione della pelle, si può escidere una porzione del sacco per impicciolirne la sua capacità.

Ma i risultati poco sicuri dai mezzi sovraccennati, non sempre esenti da dannose complicazioni; la necessità di dover ripetere gli atti operativi, la recidiva del galattocele, quando si stava attendendo la guarigione, fece sorgere il pensiero se si dovesse appigliarsi a mezzi più radicali. Si pensò quindi alla estirpazione di tutta la cisti e perfino di tutta la mammella. La scelta di un atto operativo, piuttostochè dell'altro sarà consigliata dalla natura del tumore, vale a dire se liquido o concreto, dalle sue dimensioni, e finalmente dall'essere complicato o meno da neoplasia più o meno nascosta.

Il Nelaton scriveva: che l'estirpazione della cisti è operazione grave, lunga, dolorosa e crede raramente necessaria.

Ma v'aggiunge di poi: che i tumori lattei concreti dovranno essere enucleati con cura e che si deve fare un'incisione tanto grande da vuotare facilmente tutte le anfrattuosità della cisti. Quando poi la produzione morbosa è infiltrata nel tessuto della mammella, bisogna procedere alla estirpazione se non della ghiandola intera, almeno di tutta la porzione invasa dalla malattia.

Ecco adunque nei consigli di Nelaton compendiata tutta la cura radicale del galattocele, precetti del resto che si trovano esposti anche in altri trattati di chirurgia.

Nei casi nei quali la cisti non è facilmente isolabile dal tessuto ghiandolare che la circonda, si asporterà la cisti, amputando anche parzialmente il tessuto sano, come io mi sono condotto nel caso di Nichette (Oss. 3ª).

Quando poi si dovesse dubitare di qualche neoplasma nascosto dalla cisti, o quando si dovesse temere dallo stato dei lobuli adiacenti io credo si debba passare senza esitanza alla estirpazione completa della ghiandola.

Velpeau parla anch' esso della enucleazione del galattocele intiero, e della estirpazione di tutta la ghiandola quando una gran parte della mammella è invasa da tumori butirrosi o caseosi.

Infine Billroth nella sua opera sui tumori della mammella consiglia pure

nei casi di galattocele l'estirpazione del tumore, ed in casi speciali l'estirpazione di tutta la ghiandola.

Terminerò quest'argomento osservandomi delle parole stesse di Richelot e che oggi devono ripetere tutti i chirurghi che assistono quotidianamente ai trionfi del metodo antisettico:

« Dans la voie féconde, où se trouve engagée la chirurgie moderne, les succès operatoires sont de jour plus nombreux, et il ne faut plus mettre en balance les dangers d'un intervention large et hardie avec la redoutable imminence des recidives. »

Intorno a una cagione tutta speciale dell'inerzia uterina nel parto e dopo di esso. — Studio del Dott. **Ermanno Pinzani.** (Casa Editrice F. Vallardi, 1884).

Memoria di 63 pagine di carattere minuto, condensato, condotta coscienziosamente con molta buona fede; vi si ammira grande erudizione, come notevole copia di argomenti sì dialettici che clinici accumulati dall'autore per confortare la sua tesi. Per noi la lettura riuscì convincente quanto alla influenza dell'infezione sulla contrattilità uterina; non ci trovammo pienamente appagati circa l'azione dell'inquinamento puerperale prima del travaglio, non apparendo bene dal lavoro (è forse difetto nostro di acutezza d'interpretazione) per quale strada la materia infettiva sarebbe penetrata per inquinare l'organismo. Checchè ne sia di questo punto tuttora in discussione mette conto trascrivere qui la conclusione-sintesi di questo lavoro lasciado parlare l'autore medesimo.

« Da quanto ho detto finora mi pare si possa concludere che causa prima » dell'inerzia uterina durante il parto o dopo di esso, può essere alcune volte » la infezione puerperale, senza che appariscano allora altre manifestazioni di » essa, com'è avvenuto in non pochi casi osservati nella clinica ostetrica di » Bologna dal 1° settembre 1879 all'ultimo marzo 1880. Nella quale epoca la » presenza della deficiente attività uterina nel travaglio e dopo il secondamento » ha formato un carattere molto netto, moltissimo costante, dell'epidemia di » f. puerperale allora regnante, costituendo in alcuni casi l'unica manifestazione » appariscente dell'inquinamento, e in altri segnando l'inizio della f. puerperale » alla stessa guisa che la metrorragia *post partum* indica qualche volta l'esordire » del tifo, come riferisce Chouppé.

« Questa dipendenza causale dell'inerzia uterina dall'infezione puerperale » avviene di frequente, oppure noi ci siamo imbattuti in un fatto estremamente » raro? La risposta all'esperienza clinica futura: per ora mi basta far notare che » dalla conclusione suesposta si può trarre un importante corollario pratico, che » cioè a prevenire l'inerzia uterina, e quindi i suoi pericoli e spesso la morte » da essa cagionata, varrà qualche volta il fare uso durante la gravidanza di » tutti quei mezzi igienici e profilattici che la scienza moderna ha insegnato » essere utili *a mantenere sana e a preservare dall'infezione la donna in* » *puerperio.* »

Su quest'ultimo punto ci permettiamo esprimere un desiderio, che cioè il principio terapeutico fosse stato meno generale e meno vago. Nella puerpera appunto perchè fortezza smantellata, la materia settica trova molte vie aperte all'ingresso e quasi tutte nel canal genitale; nella gravida ciò non è, non può essere, e allora quali mezzi profilattici preferire, come applicarli?

Inversione uterina post partum del Dott. **Ottaviano Marchionneschi.** Torino, Roux e Favale, 1884. (Veggasi il cenno bibliografico dato nel n. di ottobre 1884).

Storia di una istero-ovariotomia cesarea (operazione del Porro) del Prof. **E. Falaschi.** — Siena, 1884).

Si tratta di una rachitica, primipara, ricoverata il 13 luglio nella Maternità di Siena, e quando il travaglio a termine durava dalle prime ore del 10! con l'aggravante di 150 centigr. di segale presa il dì seguente. — La C. V. è calcolata di 68 mm.: il feto era vivo tuttora e bene sviluppato. — « A me pareva, » scrive l'A., di dover rinunziare all'idea di qualunque processo embriotomico, » perchè sentiva ripugnanza a uccidere di proposito un feto ch'era vivo e bene » sviluppato, con la quasi certezza di uccidere con esso anche la madre, attese » le gravi e forse insuperabili difficoltà delle manovre embriotomiche allo stretto » superiore per la grave viziatura non tanto del diam. sacro-pubico, quanto e » più ancora delle due microcorde. » Deciso perciò la operazione cesarea, la completava con l'amputazione utero-ovarica che l'A. compieva nel modo comune. Per altro non gli fu possibile ottenere la emostasi con il filo stretto dal serranodi Kœberlé (ne adoprò due, uno dopo l'altro) e si appigliò alla catena dell'écraseur Chassaignac, sotto l'azione del quale, scrive Falaschi, ben presto si ottenne una emostasi perfetta. Il moncone venne fissato all'angolo inferiore della ferita e assicurato con un ago lanceolato; la superficie venne cauterizzata con il Paquelin; la ferita addominale chiusa con 8 punti metallici.

Il feto (femmina) estratto vivo, pesante grm. 3600 e lungo 55 ctm.! apparentemente vitalissimo, moriva 22 ore dopo nato, la madre soccombeva il di 16, circa 3 giorni dopo co' fenomeni di peritonite settica. L'autossia fatta dal Professor Romiti dava il reperto di peritonite; quanto alla pelvi fu trovata la C. V. di 70 mm., la microcorda sinistra di 60 e la destra di 58 mm. Sulla testa del neonato, e precisamente sul parietale destro fu trovata una frattura a rima lunga 2 ctm. estendentesi tanto da comprendere l'orlo inferiore dello stesso parietale presso l'angolo ant.-sup.: inoltre alle due regioni parietali esisteva profondo avvallamento (1 ctm. circa.)

A ragione scrive Falaschi: « Il fatto della presenza di queste lesioni che » furono senza dubbio, la causa della morte del neonato, oltre ad offrire un certo

» interesse per l'ostetrico, non ne è del tutto privo anche dal punto di vista
» medico-legale. E un fatto cioè che viene ad accrescere il novero di quelli già
» raccolti, che dimostrano nel modo il più evidente come gl' infossamenti e le
» fratture degli ossi craniensi del neonato non stieno sempre ad indicare una
» violenza esterna o una manovra infanticida. »

Sulla guarigione spontanea di un cistoma dell'ovaia. - Autopsia. Napoli, E. Detken, 1884.

Di un caso di spina bifida guarita con la legatura elastica e sui metodi di cura di tale infermità, pel Dott. **Antonino Turretta.** Messina, Tip. D'Angelo, 1884.

Nel 1° scritto il Turretta porge ottimo contributo all'anatomia patologica per il capitolo relativo alle lesioni che portano l'uremia, nonchè a quelle che sono conseguenza di una lunga suppurazione, e per quello relativo all'argomento speciale del lavoro.

Il 2° scritto accresce la già ricca casistica delle guarigioni della spina bifida ottenute mediante la legatura elastica. Facciamo speciale menzione di questo passo che leggesi a pag. 15 del lavoro di Turretta. « La *punzione* del tumore
» per la evacuazione parziale del liquido *prima della legatura* fu da me prati-
» cata nell'intento di evitare che il liquido scacciato dal tumore, pel fatto stesso
» della legatura, eserciti una eccessiva e brusca pressione sul midollo spinale:
» tale pratica mi ha corrisposto perfettamente, *ond'è che insisto nel raccoman-*
» *darla.* »

Un caso di cefalematoma doppio. — Etiologia sopra saggio-clinico-sperimentale, ecc., del Dott. **Rosario Pugliatti**, incaricato dell'ostetricia nell'Università. - Messina, Tip. d'Angelo, 1884.

La sostanza di questa interessante memoria è rappresentata da 3 serie di conclusioni che derivano logicamente dallo studio di osservazioni cliniche e da sperimenti fatti.

1ª serie. Ne' feti che vengono alla luce in presentazione di vertice ed assenti di tumore siero-sanguigno e deformazione parietale, nulla ordinariamente riscontrasi degno di nota nel pericranio e nelle ossa corrispondenti delle singole parti della volta.

2.ª In quelli con deformazione parietale leggiera, coincidesse pure valido tumore siero-sanguigno, la normalità fra il pericranio e le ossa è conservata.

3.ª In quelli infine che portano una valida deformazione parietale, essendo anco scarso il tumore siero-sanguigno possonsi riscontrare sul parietale deformato varie echimosi e piccoli focolai sanguigni in una a sollevazione del pericranio ad essi rispondente.

2ª serie:

1.° Per aversi il cefalematoma non bisogna il feto di condizione speciale circa la filiera che deve percorrere, nel mentre viene alla luce, sibbene di predisposizione per questo morbo.

2.° Ne' feti predisposti la pressione limitata subita dalla testa e lo scorrimento della medesima attraverso il punto comprimente bastano per determinare il cefaloematoma.

3.° Una volta il cefaloematoma costituito, la disposizione al male non limitasi al punto affetto, come pretesero Mildner ed Hecker, ma estendesi invece ad altre regioni.

4.° Esistendo tale predisposizione essa si continua nella vita estra-uterina per qualche tempo.

3ª serie di conclusioni o riassunto.

1.° Al cefaloematoma è devoluto nella sua produzione ad una causa determinante e ad una predisponente.

2.° La pressione limitata su una parte della volta craniana nell'atto che questa progredisce per superare la filiera pelvica, caratterizza la causa determinante.

3.° Le branche ischio-pubiche sono d'ordinario quelle che danno siffatta pressione, più raramente la sommità dell'arcata pubica e la punta del coccige: queste parti possono entrare in azione o isolatamente o riunite nel contempo.

4.° Un'abnorme fragilità nella rete vascolare delle ossa della volta craniana costituisce la causa predisponente che persiste, anzi è in piena attività dopo la nascita, almeno per 20 giorni circa.

5.° La puntura, o incisione, quale intervento chirurgico di elezione, non dovranno aver luogo, stante la possibile riproduzione del versamento, se non dopo 20 giorni dalla nascita.

RASSEGNA DI LAVORI STRANIERI

A. H. Freeland Barbour. — Spinal deformity in Relation to Obstetrics W. et A. K. Johnston. *(Edimburg and London).*

Il titolo: *Deformità spinale in rapporto coll'ostetricia,* indica l'importanza dell'argomento. Questo poi è svolto con molta cura e dottrina; e la nitidezza dei caratteri, il numero e la bellezza dei disegni e delle incisioni aumentano il pregio del lavoro. Le tavole sono in numero di 38, sfoggio che un autore italiano difficilmente potrebbe permettersi. Per la natura stessa del lavoro si comprende come io, piuttosto che farne una rivista dettagliata, lo segnali all'attenzione degli ostetrici indicandone i punti principali. Esso comprende una introduzione e tre parti. Nella introduzione accenna alle idee di Duncan sull'interpretazione dell'ufficio meccanico del sacro nell'architettura pelvica, alla teoria di coloro che portano in campo l'influenza del peso del tronco nella trasformazione della pelvi fetale ed infantile nella pelvi adulta, nonchè della pelvi normale nella pelvi deforme quando questa sia colpita da rachitide o da osteomalacia, infine alle ricerche di Fehling e di Kehrer, secondo le quali alcune linee dell'architettura pelvica nel tipo pelvi normale per il primo ed anche nel tipo rachitico per il secondo sarebbero già da riferirsi allo sviluppo primordiale. All'autore sembra che gli effetti degli incurvamenti della colonna vertebrale nella pelvi muliebre possano essere studiati in due modi: o col prender le spine normalmente curve e bacini sani od ammalati e coll'esaminare queste a diversi periodi di sviluppo, apprendere quale rapporto esista fra lo sviluppo delle curve cervicali dorsali e lombari della spina e le alterazioni nella forma della pelvi. Questo studio potrebbe essere praticato soltanto sopra una serie di sezioni congelate dall'intiero tronco fatte a diversi periodi di sviluppo, e con tale metodo si potrebbe vedere precisamente l'effetto della spina normalmente curva sulla pelvi, sana od ammalata. Ovvero nell'osservare quali cangiamenti nella pelvi siano associati colla anormalmente curva. Qui pure noi dobbiamo considerare se la pelvi sia sana o ammalata, inquantochè una deformità della colonna vertebrale produrrà differenti effetti secondochè agisca su ossa sane od ammalate. Si paragonino per esempio gli effetti della cifosi sopra una pelvi sana e sopra una pelvi rachitica.

Noto come io qualche volta traduca l'inglese *normal* per sano, vuoi perchè contrasta meglio col *diseased*, ammalato, adoperato dall'autore come antitesi di di *normal*, vuoi perchè in alcuni punti mi pare chiarisca meglio il concetto.

In riguardo agli effetti degli inconvenienti spinali, le differenti forme di pelvi si distribuiscono nei seguenti due gruppi:

A. Spina normalmente incurvata: (*a*) pelvi normale
(*b*) » ammalata: rachitica
osteomalacica
inegualmente ristretta.

B. Spina abnormemente curva: (*a*) pelvi sana; cifotica
scoliotica
(*b*) pelvi ammalata; cifotica rachitica
scoliotica rachitica
cifo-scoliotico-rachitica
altre varietà.

L'autore fa osservare come le dizioni « pelvi cifotica » e « pelvi scoliotica » sieno infelici, poichè è la colonna vertebrale e non la pelvi che è cifotica e scoliotica; ma queste espressioni sono passate nell'uso generale. Come il termine « pelvi rachitica cifotica » è applicato a quella forma in cui la pelvi è rachitica e la spina cifotica, così il termine « pelvi cifotica *normale* » (normale o sana) è usato dall'autore a descrivere quella forma in cui i costituenti ossei della pelvi sono normali e l'alterazione di forma è dovuta alle alterate condizioni meccaniche sotto l'influenza delle quali la pelvi è cresciuta. I preparati che servirono allo studio di Barbour furono: sette pelvi cifotiche, di cui cinque con carie dorso-lombare, una con carie dorsale superiore, una con carie dorsale inferiore: una pelvi rachitica scoliotica: cinque pelvi rachitiche cifo-scoliotiche.

Alla introduzione precede una bibliografia sull'argomento, nella quale vidi compresi i lavori di Inverardi e di Negri, non quelli di Calderini e di Marchionneschi. L'ommissione si può anche spiegare col fatto che i due ultimi lavori non vennero pubblicati sugli *Annali di Ostetricia*, ai quali è naturale che come a giornale della specialità attingono gli ostetrici, a preferenza gli stranieri, le loro indicazioni bibliografiche, come noi attingiamo, quelle per es. francesi ai due principali giornali francesi della specialità.

Nella prima delle tre parti, in cui ho detto essere diviso il lavoro, sono studiati i cangiamenti nella forma della pelvi femminili presenti nelle deformità spinali, nella seconda lo spostamento dei visceri e la relazione degli organi pelvici (post partum) in un caso di cifosi, studiato in una serie di sezioni congelate. Interessantissima l'una e l'altra parte, ma si sottraggono alla possibilità di una rassegna, poichè bisognerebbe riprodurre le figure e la descrizione dei preparati. Riprodurrò soltanto dalla seconda parte la descrizione dei rapporti degli organi pelvici post-partum (la donna morì di emorragia post-partum). « L'utero « riempie la pelvi. Le intestina discendono soltanto fino a due terzi superiori « della tasca utero-vescicale e per nulla invece nella tasca di Douglas, le cui « pagine peritoneali sono separate da siero. Gli ovai stanno al livello dell'in- « gresso pelvico. La vescica giace entro la cavità pelvica al di dietro del pube. « Le pareti uterine misurano, dove l'organo è contratto, da 2,5 a 3 centim. di « spessore: la parete uterina su cui è impiantata la placenta è circa mezzo cen- « timetro più spessa e molto più vascolare nell'intiero suo spessore. Il corpo

« dell'utero era di forma piramidale e misurava 10 ctm. verticalmente e 9, 5 tra-
« sversalmente alla sua base. Il segmento uterino inferiore e la cervice sono
« flaccidi e disposti a pieghe al disotto dell'utero più sodo. Il canale vaginale
« misura 10, 5 ctm. Il corpo perineale non è riconoscibile. Il tessuto cellulare è
« aumentato in quantità, specialmente alla base dei legamenti larghi, attorno al
« fornice posteriore e così pure tra la vescica e la cervice dalla distribuzione del
« cellulare si fa subito evidente come prontamente un ascesso da cellulite pel-
« vica si faccia strada nella regione inguinale se si è formato attorno all'ovaio
« e come in rari casi si faccia strada attraverso l'incisura ischiatica. È degno
« di nota l'enorme aumento del cellulare alla base del legamento largo. Il peri-
« toneo in questo caso non era disposto a pieghe sull'utero stesso, come lo de-
« scrisse in alcuni uteri post-partum il Duncan: esso era corrugato distinta-
« mente sulla vescica e sulle parti adiacenti della parete addominale anteriore. »

La terza parte è dedicata allo studio clinico di tali deformazioni pelviche ed alla loro influenza sul parto. Egli indaga cioè nelle pelvi cifotiche e in quelle scoliotiche e cifo-scoliotiche in base ai classici lavori pubblicati su tale argomento ed al materiale d'osservazione propria il metodo di esame, il meccanismo del parto e la natura del nostro intervento.

A. H. Freeland Barbour. — The anatomy and relation of the uterus during the third stage of labour and the first days of puerperium.

Questo lavoro venne letto alla Società Ostetrica di Edimburgo nelle sedute del 12 marzo e 16 luglio 1884, e poi stampato nell'*Edimburg Medical Journal* nei numeri di settembre e ottobre dello stesso anno.

L'autore, dopo aver premesso quanta oscurità e quanta incertezza regni nelle nostre cognizioni su molti punti dell'anatomia e della fisiologia del 3° stadio del parto, e come non siano stati accuratamente descritti i rapporti anatomici dell'utero post-partum, fa un riassunto storico delle idee emesse sull'anatomia delle membrane e della superficie interna dell'utero post-partum, nonchè sul modo di separazione e di espulsione della placenta, citando i lavori di William Hunter, di Chisholm, di Duncan, di Priestley, di Dohrn, di Friedlander, di Turner, di Kundrat ed Engelmann, di Langhaus, di Leopold, di Blacher, di Küstuer, di Kölliker sul primo argomento, di Leruser, di Schultze, di Duncan, di Ahlfeld sul secondo.

Lo studio di Barbour è poi basato sull'esame dei seguenti preparati:

1.° Un utero con placenta e membrane a rapporti non ancora alterati, tolto da un caso di operazione di Porro.

2.° Un utero con placenta *in situ* e membrane parzialmente separate pure da un caso di operazione di Porro.

3.° Utero con placenta ancora in parte aderente da un caso di emorragia durante il parto.

4.° Sezione di una pelvi congelata da un caso di morte per emorragia post partum un'ora e mezza dopo il secondamento.

5.° Un utero spettante ad una eclampsica morta 40 ore dopo la liberazione.

6.° Un utero da un caso di morte per tisi circa due giorni dopo il secondamento.

Dall'esame macroscopico dei preparati 1, 2 e 3 e microscopico delle loro sezioni trae le seguenti deduzioni:

Le membrane sono staccate in una certa estensione dalla retrazione della parete uterina risultante dalla fuoriuscita del liquido amniotico e del feto e ulteriormente anche probabilmente dalla pressione delle pieghe delle membrane l'una contro l'altra e contro la placenta nelle contrazioni uterine susseguenti: la loro espulsione è effettuata dalla placenta che le lasciava dietro di sè quando è espulsa. Le membrane si separano di solito in corrispondenza dello strato spugnoso, parte del quale rimane entro l'utero. Egli pensa nondimeno essersi esagerata da Langhaus l'importanza di questo strato spugnoso nel senso che favorisca lo sviluppo delle membrane. Una grande proporzione di vacuoli (spaces) sono artificiali, prodotti cioè dalle lacerazioni fatte dalle trazioni sul tessuto, e l'apparenza reticolare della decidua sul corion, dopo l'espulsione delle membrane, è dovuta a questi nonchè alle ghiandole lacerate di traverso. Il piano in cui avviene la separazione può pure variare nei diversi casi ed essere anche modificate da condizioni patologiche, il che può spiegare la discrepanza nei risultati di differenti investigatori: in uno dei casi di Friedländer, nel quale la separazione ebbe luogo attraverso lo strato compatto (cellulare) egli dice che il travaglio durava da parecchi giorni e la mucosa mostrava segni di endometrite puerperale iniziale. La placenta è *staccata* dall'utero che si contrae su di essa quasi fosse un corpo straniero: quando essa è situata sulla parete anteriore o posteriore come è il caso d'ordinario, essa è espulsa per il suo margine, come Duncan descrisse, essendo il margine sulla linea di minor resistenza. Quando la placenta è impiantata sul fondo una parte della sua faccia fetale corrisponderà alla linea di minor resistenza ed allora potrà essere espulsa presentando prima la superficie fetale o ripiegata sulla superficie materna come ha descritto Schultze; se questo è il caso e se in tali circostanze si formi un ematoma retro-placentare, non può essere stabilito finchè non sia stata descritta una sezione di un utero colla placenta attaccata al fondo e se ne possano poi inferire da quanto si disse i seguenti corollarii pratici:

1.° Siccome il distacco della placenta non è dovuto alle modificazioni dell'area placentare, ma alla generale pressione dell'utero che si contrae nella massa placentare, il metodo di secondamento di Credè incita quello fisiologico.

2.° Siccome la separazione delle membrane è un processo graduale, le membrane ripiegandosi dapprima all'interno dell'utero e rimanendo attaccate sopra una considerevole area della parete uterina, il metodo di Credè se applicato troppo precocemente o violentemente sarà di danno, poichè potrà espellere la massa placentare, ma lasciare le membrane dove fossero ancora fermamente aderenti.

3.° La separazione delle membrane avendo luogo secondo due piani, nello strato subamniotico e nello spugnoso, il sacco delle membrane può essere formato anche dal solo amnios.

Dall'esame poi dei preparati 4°, 5° e 6° si possono trarre i corollarî che seguono:

Immediatamente dopo il secondamento i segmenti pubico e sacrale del pavimento pelvico vengono di nuovo in opposizione l'un l'altro, cosicchè la vagina appare come una fessura.

Il Dott. Hart in una sua interessante memoria su *Alcuni fenomeni del parto dal punto di vista pratico*, aveva già richiamato l'attenzione su di ciò e mostrato come l'accesso dell'aria sia impedito da tale meccanismo. Nel medesimo lavoro egli dimostra come la curva della parete vaginale posteriore favorisca la ritenzione della placenta nella vagina dopo la sua espulsione dall'utero, al che si rimedia uncinando col dito e traendo all'indietro la parte bassa di detta parete. Nel terzo stadio e dopo di esso la paziente dovrebbe essere nella posizione dorsale o almeno nella semidorsale, e tale posizione dovrebbe mantenersi anche quando si praticano irrigazioni vaginali e uterine onde prevenire l'ingresso dell'aria.

La vagina immediatamente dopo il parto appare lunga 10.2 ctm., per cui dopo la considerevole distensione subìta per il passaggio della testa fetale, ritorna quasi alla lunghezza che aveva prima del parto (9 ctm.). Questa apparenza è dovuta parzialmente all'accorciamento delle pareti per la compressione, e al ritorno alla lora condizione rugosa; ciò prova pure la elasticità delle pareti. È pure degno di nota che l'epitelio della vagina non sia strappato via come quello della cervice.

La cervice sulle prime è lassa, e giace pieghettata al disotto dell'utero; dopo un poco essa riacquista il suo tono. Il canale cervicale, se noi prestiamo fede ai caratteri ad occhio nudo per determinare l'orificio interno misura 5 centim. 48 ore dopo il secondamento; in paragone coi 3.8 ctm. prima del parto. La membrana mucosa presenta ecchimosi ed ha perso il suo epitelio.

La cavità uterina contiene un coagulo sanguigno che è probabilmente il prolungamento dei trombi dell'area placentare.

Negli uteri rimossi coll'operazione di Porro si vede come la maggior parte dello strato spugnoso della decidua rimanga negli uteri post-partum. Sfortunatamente gli uteri post-partum in causa delle alterazioni post-partum non permettono di trarre alcuna conclusione riguardo ai cangiamenti successivi in detto strato. Egli ricorda qui le ricerche su tale punto di Friedland e di Leopold.

Questo lavoro è anche adorno di 6 bellissime tavole, di cui 5 colorate.

LUIGI MANGIAGALLI.

Heilbrun. — Einee sectio caesarea nach Porro *(Centralblatt für Gynaek,* N. 1, 1885).

Ipara, d'anni 27, alta m. 1,24. Bacino imbutiforme universalmente ristretto cifoscoliotico. C. D. 95. C. V. 75 mm. d. bisischiatico 65 mm. Operatore il Prof. Fritsch nella Clinica di Breslau il 13 novembre 1884. Metodo antisettico (sublimato corrosivo e acido fenico). Sgusciato l'utero integro ed emostasi pro-

filattica mediante la costrizione esercitata sulla cervice da un tubo di gomma. Presentazione di vertice. Escisione della mucosa del moncone inciso con raschiamento di esso foggiandolo ad imbuto, che poi si cauterizza con soluzione concentrata di acido fenico. Il moncone è cosparso di iodoformio e viene quindi affondata sierosa contro sierosa con numerose legature, ed è poi affondato. — L'esito fu felice: malgrado ciò per la pratica ordinaria ritiene più facile, più sicuro, più spiccio il metodo extra-peritoneale.

Plönies. — Die Anwendung desschaufen Löffels bei puerperaler Endometistis *(L'impiego del cucchiaio tagliente nella endometrite puerperale).* — *(Centralblatt f. Gynaek,* N. 2, 1885).

È un contributo di 5 casi alla casuistica ormai ricca che riguarda appunto l'uso del cucchiaio di Simon o de' suoi derivati nel campo puerperale.

Thelen. — Extirpation eines retroperitonealen Fibroids des collum uteri. *(Estirpazione di un fibroma retroperitoneale del collo uterino).* — *(Centralblatt f. Gynaek,* N. 3, 1885).

Quando un fibroma si sviluppa sulla parte anteriore del collo là dove questo non è rivestito da peritoneo, senza essere nè sottomucoso, nè interstiziale solleva la sierosa nel suo crescere, talchè incise le pareti addominali, bisognerà incidere anche la sierosa per cadere sul tumore che trovasi al di dietro di questa. In circostanze simili operò il Thelen per la via addominale. Praticata l'incisione delle pareti addominali nella linea alba, incise parallelamente a questa anche la sierosa che ricopriva il tumore, cucendo poi questa col peritoneo parietale e colle pareti addominali, creando per così dire una borsa separata dal cavo perineale nella quale trovavasi il tumore. Questo venne esportato, la paziente guarì. L'autore si dimanda se in tali casi anche l'operazione non potrebbe essere extra-peritoneale incidendo parallelamente alla sinfisi pubica. Sarebbe come l'applicazione della enucleazione di fibromi uterini, del metodo di Physic per la gastroelitrotomia. Crede preferibile, ed a ragione, la via da lui seguita. Ma in simili casi se si riescisse a determinare esattamente tale ubicazione del tumore, perchè, io mi domando, non si potrebbe rinunciare all'una ed all'altra via e scegliere invece quella vaginale?

Franz. — Zehn Fälle von Uterus ruptur. *(Dieci casi di rottura dell'utero).*

Vennero osservati nella Maternità di Dresda e riferiti da F. nella seduta 6 marzo 1884 della Società Ginecologica di Dresda.

1) VIpara, d'anni 37, portata in Clinica in stato di collasso pronunciato dopo un lungo viaggio in carrozza o tentativi di liberazione durati tre ore: presentazione di spalla destra, 2ª posizione, braccio procidente, feto morto: testa passata per la breccia uterina nel cavo addominale e così palpabile che si poteva sentire la grande fontanella attraverso le pareti addominali. Esenterismo, decapitazione coll'uncino a chiave: il braccio sinistro restò attaccato al moncone vertebrale. Estrazione del tronco tirando sul braccio destro, del capo tirando sul sinistro. Morte due giorni dopo. La sezione dimostrò lacerazione a sinistra della cervice uterina e rottura multipla della vagina.

2) Multipara, d'anni 34, due parti normali, bacino normale, seconda posizione del vertice, gravidanza a termine: all'ingresso era già avvenuta la rottura con passaggio nel cavo addominale del feto che sentivasi direttamente sotto le pareti addominali. Laparotomia. Il feto si trovava ancora nella borsa amniotica, il feto di sesso femminile era morto e pesava grm. 2590. Al margine sinistro dell'utero una lacerazione dall'alto fino all'orificio interno. Sutura con seta dell'utero: sutura delle pareti addominali con filo d'argento. — Sei settimane dopo l'atto operativo completa guarigione.

3) Multipara, d'anni 28, due parti normali. Prima posizione dell'ovoide podalico, gravidanza a termine. Nessun dolore. Addome espanso meteoricamente, doloroso. Emorragia dalla vagina. Si constatò una lacerazione verticale lunga 6 ctm. nella cervice uterina per la quale il feto era passato parzialmente nel cavo addominale. Estrazione del feto. Placenta già fuori utero estratto manualmente. Fasciatura contentiva all'altezza del fondo mediante una piastra di ferro. (Fixations verband mit einer Eisenplett in der Höhe der Jundus). Morte al settimo giorno per peritonite settica.

4) VIpara, d'anni 30, cinque parti normali, bacino normale. Presentazione del tronco in via di evoluzione spontanea. — Sintomi di rottura uterina, feto morto, embriotomia, estrazione podalica. L'utero è rotto nei confini tra collo e corpo. La placenta era passata nel cavo addominale. Drenaggio. Guarigione.

5) IVpara, d'anni 32. Forcipe nel primo parto, indi due parti normali. — Bacino piatto. C. V. 8 ctm., 2ª posizione del vertice con procidenza del cordone non pulsante. Dilatazione di un tallero circa. Improvvisamente sintomi di una rottura d'utero. Versione ed estrazione. Placenta nel cavo addominale. Morte al 6º giorno. Cervice completamente lacerata fino all'orificio interno, corpo separato in parte dal collo per lacerazione trasversale.

6) IVpara, d'anni 35, tre parti normali, bacino normale. Presentazione trasversale con procidenza del braccio destro. Feto morto. Versione, estrazione, la cervice viene ampiamente staccata dal corpo. Tamponamento e drenaggio della vagina. Guarigione dopo 6 settimane. La donna partorisce nuovamente un anno e mezzo più tardi. Parto normale. Nessuna nuova lacerazione.

7) Multipara, d'anni 34. Bacino normale. Prima posizione del vertice. Gravidanza a termine. Fuori della Maternità tentativi di versione e di decapitazione. Braccio destro ed ansa di funicolo procidenti. Cervice totalmente dilacerata, cosicchè pendono frastagli in vagina. Versione podalica. Estrazione. Emorragia, tamponamento. Morte 3 ore più tardi.

8) Multipara, d'anni 34, due parti normali. Bacino piatto. C. V. 8 1/2 ctm. Presentazione trasversale. Versione cefalica. Due giorni più tardi vertice in prima posizione ancora mobile. Doppio battito cardiaco fetale appena udibile. Nessun dolore. Craniotomia, cefalotrissia. Subito dopo vomito violento con emorragia interna. Morte al 4° giorno per peritonite. Al lato destro del collo una lacerazione verticale con infiltrazione icorosa del cellulare fino al rene corrispondente.

9) Multipara, d'anni 28, un parto normale. Bacino normale, dilatazione a 7 ctm., dolori deboli, membrane rotte, vertice impegnato. Obliquità anteriore dell'utero: i dolori si sospendono. Emorragia, si sente il cuore fetale, edema dei genitali esterni. Forcipe; peritonite, morte in 5ª giornata. Lacerazione cervicale lunga 5 ctm. La parete anteriore dell'utero è completamente lacerata.

10) Multipara, d'anni 25, due parti normali. Prima posizione del vertice. Gravidanza a termine. Capo ancora elevato. Febbre, contrazioni molto dolorose. Tentativi di versione podalica. Solo il piede sinistro potè essere afferrato, il destro s'impuntava in una nicchia dell'utero contratta spasmodicamente. Tentativo di cefalotrissia. Versione su ambo i piedi. Estrazione. Lacerazione della cervice per la quale penetra la mano. Emorragia notevole. Morta in 7ª giornata. Labbra del collo completamente separate, a destra nel collo una lacerazione lunga 3 ctm., a sinistra una lunga 7 ctm.

Heilbrun. — Beiträge zur Totalextirpation des carcinomatösen Uterus. *(Contribuzione alla esportazione totale dell'utero canceroso).* — *(Centralblatt f. Gynaek,* N. 5 e 6, 1885).

Sono altri 5 casi operati nella Clinica ginecologica di Breslau che aggiunti a 19 altri poc'anzi pubblicati costituiscono la ragguardevole cifra di 24 casi, fra cui due soltanto letali e quindi una statistica prodigiosamente favorevole coll'8 1/2 % di mortalità. Dei cinque casi non ne pubblica qui però che due per le complicazioni che presentavano e per il metodo operativo seguito.

Il primo caso è specialmente interessante perchè malgrado il volume ragguardevole dell'utero aumentato dalla presenza di piccoli miomi sul fondo, riuscì la sua estipazione per la via vaginale; per l'emorragia che si ebbe per lo sviluppo notevole dei rami dell'uterina, il che non tolse l'esito favorevole.

Nel secondo caso trattavasi di cancro del corpo uterino, e come unica risorsa si presentava l'estirpazione totale del viscere: senonchè presentava la questione se dovesse allontanarsi per la via vaginale ovvero mediante laparotomia. Si fece il seguente piano: dapprima tentare la colpoisterectomia, che se questa si fosse incontrata in difficoltà insuperabili si sarebbe passati alla laparoisterectomia, a facilitare la quale avrebbe concorso la precedente separazione dell'utero dalla vagina e dai parametrii. Incisa la volta vaginale all'avanti, all'indietro ed ai lati, approfondata l'incisione nei parametrii, diviso il peritoneo all'avanti, malgrado che l'utero fosse quasi completamente isolato non riuscivasi a trarlo al basso. L'ostacolo era dato da una massa che avventavasi posteriormente all'utero e a destra della grandezza di un capo fetale. Procedendo dal basso al-

l'alto si passò alla legatura del legamento largo di destra, sperando di trarre in basso il tumore quando l'utero fosse perfettamente isolato da un lato. Ma mentre di nuovo si facevano tirate energiche sull'uncino impiantato sull'utero ad un tratto sgorgò una quantità discretamente grande di marcia. Ne veniva la necessità per curare l'antisepsi in modo assoluto di aprire il cavo addominale onde scorgere bene la regione, e vi si decisero completando l'atto operativo per la via addominale e disinfettando accuratamente il campo operativo benchè la marcia non fosse venuta in contatto coll'intestino. Trattavasi di una sacca di marcia alle cui pareti l'intestino aveva contratto aderenze. Anche in questo caso si ebbe la guarigione. Da questi due casi l'A. trae la conclusione che non tanto la grossezza dell'utero controindica la estirpazione vaginale dell'utero quanto principalmente le adesioni cogli organi adiacenti.

Wyder. — Geburt bei Atresie der Sheide und Blarenscheidenfistel. *(Parto in un caso di atresia vaginale e fistola cisto-vaginale).* — *(Centralblatt f. Gynaek.,* N. 7, 1885).

IIpara, in travaglio di parto. Il primo parto lungo e laborioso fu però spontaneo e venne espulso un feto morto a termine. Ne ebbe una lacerazione perineale che pare sia guarita coll'applicazione di empiastri; dopo il parto ebbe pure perdita di orina, condizione di cose che andò migliorando spontaneamente. Da un anno e mezzo è maritata; per quanto la donna racconta il coito si compieva senza difficoltà e senza dolori ed il marito non ebbe mai sospetto dell'anomalia esistente, e dice che l'immissione del pene ebbe luogo sempre in modo normale. Il decorso della gravidanza fu regolare. Al momento in cui W. venne chiamato l'esame dava il seguente risultato: addome molto espanso, fondo dell'utero tre centimetri al disotto dell'apofisi enriforme, testa impegnata nella pelvi, dorso a sinistra, battito cardiaco fetale regolare. Genitali esterni normali: divaricandoli si osserva una chiusura dell'ingresso della vagina fortemente fibroso, duro, cicatriziale; a 2 ctm. al disotto dell'orificio uretrale tumido ed arrossato havvi una piccola apertura imbutiforme, accessibile soltanto ad una sonda uterina ordinaria. Il setto cicatriziale molto spesso da 1 1/2 a 2 ctm., venne inciso e si rilevò allora come esistesse al di là una fistola cisto-vaginale, e come per l'uretra passassero due dita, il che rende probabile che il coito avvenisse per essa. — Col forcipe venne estratto un feto vivo. L'esame dei genitali esterni dimostra che la cicatrice antica erasi ampiamente lacerata, e la lacerazione andava sino allo sfintere anale, lasciava questo intatto per risalire sul setto retto-vaginale e produrre una fistola retto-vaginale accessibile a un dito. Si suturò lacerazione perineale e fistola rettale. Un mese e mezzo più tardi l'uretra era sempre abnormemente dilatabile e l'ingresso vaginale erasi di nuovo considerevolmente ristretto. Previa dilatazione di esso mediante le sfere di Bogemann si operò la fistola cisto-vaginale e con esito felice, solo restava un po' d'incontinenza d'urina per la dilatazione dell'uretra. Si era dunque avuta una fistola cisto vaginale per parto prolungato ed una atresia spontanea pervenuta forse dall'applicazione di qualche empiastro caustico, ed il concepimento avvenne probabilmente per la via dell'uretra.

LUIGI MANGIAGALLI.

Löwenthal. — Una spiegazione nuova del processo menstruo. — *Archiv f. Gin.*, t. XXIV, cap. 11.

L'autore comincia coll'accennare all'opinione prevalente dei classici che consideravano la mestruazione come una funzione fisiologica dell'organismo della donna arrivata al suo sviluppo completo, e come conseguenza dell'evoluzione, della rottura di un follicolo di Graf nell'ovaio. Questa è l'opinione della scuola francese, di Hart e Barbour, e della maggior parte degli autori inglesi; in America e sopratutto in Germania si cerca di distruggere questa teoria, detta classica, contro la quale si elevano in particolar modo Lawson-Tait e Beigel.

Quello che si può considerare come stabilito, si è che:

1° lo scolo sanguigno è periodico;

2° la forma e la durata dello scolo sanguigno varia col variare degli individui;

3° il sangue menstruo è identico al sangue del resto del corpo;

4° nella mucosa uterina si fanno modificazioni anatomiche ed istologiche:

a) ispessimento della mucosa che comincia a manifestarsi molto prima (10 giorni all'incirca) dello scolo sanguigno; esso ricorda lo stesso processo avvenire nella formazione della caduca nei primi tempi della gravidanza;

b) durante lo scolo sanguigno lo strato superficiale della mucosa tumefatta si distrugge, per riformarsi poi, e 9 oppure 10 giorni dopo l'esordio della emorragia, la mucosa è preparata per una nuova mestruazione;

c) la tumefazione si manifesta principalmente negli strati superficiali della mucosa; in principio i vasi non vi prendono parte; solo più tardi si sviluppano e si riempiono;

d) la mucosa del collo non prende parte a questo processo.

5° Tutti gli organi genitali e l'organismo intero della donna si risente del processo menstruo, ma sono le ovaia che presentano le modificazioni capitali.

Il processo mestruale, conclude l'autore, si può dividere in tre fasi, cioè di tumefazione della mucosa, di emorragia e di regressione *(restutitio ad integrum)*; si succedono in ordine costante; la loro durata è di circa 20 giorni (10 per la prima, 5 per ciascuna delle altre due); i fenomeni che si manifestano negli altiorgani genitali e nel resto dell'organismo, e che si designano col nome di mer struazione, corrispondono alla seconda fase dello scolo sanguigno.

Espone in seguito le teorie vigenti riguardo alla mestruazione e i suoi rapporti colla ovulazione, e che sono tre, cioè:

1° la teoria classica: — La rottura o l'imminente rottura di un follicolo di Graf (fuoruscendo l'ovo al principio o alla fine dell'emorragia) determina la emorragia mestruale;

2° la teoria nuova di Loevenhardt: — L'uovo fecondato appartiene sempre alla prima epoca menstrua da venire, per cui la caduta dell'ovo si fa prima dell'emorragia menstrua. Se esso è fecondato, non vi ha emorragia; se invece viene espulso dall'organismo, ciò che succede quando non è fecondato, l'emorragia compare. E qui si possono avere due varietà; o la caduta dell'ovo si effettua dopo la formazione della caduca menstrua (immediatamente prima della emorragia); o si effettua sul principio della formazione della caduca (circa dieci giorni prima dell'emorragia;

3° teoria di Beigel, ecc. — La ovulazione e la mestruazione non hanno alcuna influenza reciproca; entrambe sono l'effetto di un impulso genitale.

Contro ciascuna di queste teorie stanno molte obbiezioni che l'autore riporta prima di esporre la sua teoria che è la seguente:

Teoria di Lœventhal. — Tutto parla in favore della reciproca influenza fra l'ovulazione e la mestruazioue, ma questa influenza non è *immediata*, considerata l'ovulazione come causa, la mestruazione come effetto: la connessione loro è *mediata,* e fra l'una e l'altra v'ha posto per un terzo fattore, l'*uovo non fecondato.*

Ecco come egli spiega il processo menstruo:

1.° Il follicolo di Graaf si rompe, ne esce l'ovo che arriva all'utero attraverso la tromba.

2.° L'uovo non fecondato s'innicchia in una delle pieghe mucose, e generalmente presso l'apertura uterina della tromba: conseguenza diretta della sua presenza è la tumefazione della mucosa e la formazione della caduca mestruale.

3.° Se l'uovo è fecondato, invece della caduca mestruale si forma la caduca della gravidanza.

4.° Se resta non fecondato, dopo un certo tempo muore e ne consegue la congestione attiva, la regressione della caduca e l'emorragia.

5.° A sua volta la congestione così prodottasi si riverbera sull'ovaio, dove determina la rottura di un nuovo follicolo di Graaf, arrivato durante quel tempo a maturità. (Questo non esclude che altre cause possono produrre la congestione mestruale, e determinare la rottura di un follicolo arrivato a maturità).

A questa teoria, secondo l'autore, si possono fare delle obbiezioni, che egli comprende nelle due seguenti:

1.° La possibilità per l'uovo non fecondato di aggrupparsi sull'utero.

2.° La persistenza della vitalità dell'ovo così innicchiato per un tempo diverso nei diversi individui, ma oscillante entro limiti ristretti.

Per rispondere alla prima l'autore combatte la teoria di Coste, la fecondazione dell'ovulo sull'ovaio, o nel quarto esterno soltanto della tromba, e con Pouchet mette nell'utero la sede della fecondazione; ammette che lo spermatozoe può conservare la sua attività per un certo tempo negli organi genitali; spiega la rarità delle gravidanze estrauterine colla rarità della fecondazione dell'ovo sull'ovaio o nella tromba; e si riassume nelle seguenti conclusioni.

I fatti provano che il coito può essere fecondante in tutto lo spazio di tempo che separa due mestruazioni: e siccome nella specie umana l'ovo e lo spermatozoe sono messi in libertà ad epoche diverse, e il coito fecondante può avvenire tanto il primo che l'ultimo giorno del periodo intermestruale, ne viene di conseguenza che l'uno dei due fattori deve attendere l'altro. Lo spermatozoe no, e questo in base a prove materiali; è dunque l'ovo che aspetta il suo collaboratore, e le leggi anatomiche e fisiologiche inducono alla conclusione che questo ovulo, conservando la sua vitalità si innicchia non fecondato sul punto, normale o anormale, che più tardi sarà la sede dello sviluppo del feto.

L'autore si diffonde nella difesa della propria teoria, riporta a tale scopo considerazioni patologiche assai importanti, e presenta in conclusione le seguenti sedici proposizioni:

1.° L'emorragia periodica che si effettua negli organi genitali della donna

non è dipendente dalla rottura del follicolo di Graaf (rottura che d'ordinario succede contemporaneamente), ma colla scomparsa della tumefazione della mucosa uterina, che si fa prima dell'emorragia.

2.° La caduca mestruale è determinata dalla presenza dell'ovulo sulla mucosa, e non fecondato.

3.° Essa si forma nello stesso modo che la caduca della gravidanza (quando l'ovo è stato fecondato), ed è destinata a distruggersi quando l'ovo non è fecondato.

4.° La rottura di un follicolo e l'emorragia mestruale non hanno altro in comune che questo, che le cause che determinano l'emorragia sono pure cause occasionali per la rottura di un follicolo maturo.

5.° La coincidenza della emorragia e della rottura di un follicolo non è necessaria; l'una e l'altra si possono produrre in modo affatto indipendente.

6.° La periodicità della mestruazione è dovuta alla durata della vitalità estrafollicolare dell'ovo non fecondato sulla mucosa uterina; e le sue anomalie sono dipendenti da influenze idiopatiche o accidentali determinanti la brevità o anche la mancanza della vitalità extrafollicolare.

7.° Se la fecondazione si fa sopra l'ovo arrivato nella cavità uterina, e in generale durante l'ultima mestruazione, essa è uterina; se invece si fa sopra l'ovo innicchiato fuori della cavità uterina, essa è extrauterina (eccezionale).

8.° L'emorragia mestruale, non essendo una funzione fisiologica, nè la manifestazione concorrente necessaria di una funzione fisiologica, ma la conseguenza diretta e rinfrancata dalle innumerevoli ripetizioni di un prodotto della civiltà, *la non fecondazione e la morte dell'ovulo,* essa emorragia mestruale ha tutti i caratteri e tutti gli effetti delle altre emorragie sempre patologiche.

9.° Come queste, e per le stesse cause, aumenta o diminuisce.

10.° L'emorragia che è compagna necessaria della distruzione della caduca menstrua, dev'essere considerata inoffensiva solo quando si fa per diapedesi; altrimenti è sempre inutile e può tornare dannosa, come causa di debilitazione.

11.° Il grado di danno è in rapporto colla quantità di sangue perduto e colla quantità e qualità del sangue restato nell'organismo.

12.° In tali casi è sempre bene di moderare l'emorragia mestrua come tutte le altre.

13.° Il miglior mezzo è il riposo a letto e l'irrigazione calda.

14.° L'amenorrea idiopatica non dev'essere considerata e curata come malattia: essa non è che la prova che l'ovulazione per una causa qualunque (giovinezza, vecchiaia, gravidanza, allattamento, debolezza) non si è manifestata, o si è manifestata incompletamente al tempo dovuto, cioè circa 4 settimane prima.

15.° Vista la importanza grande che hanno le trombe per lo stabilirsi della mestruazione, importanza messa in evidenza dal Lawson Tait, ne sorge l'indicazione, nei casi di dismenorrea, menorragie, fibromi ed altri processi morbosi che domandano l'anticipazione della menopausa, di praticare la salpingotomia invece della castrazione.

16.° Quando la castrazione, praticata per una qualunque delle cause suindicate, non riesce completa, si deve ricorrere tosto alla salpingotomia.

FASOLA.

INDICE BIBLIOGRAFICO

DEI

LAVORI DI OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

PUBBLICATI

ne' giornali medici italiani

l'anno 1884

L'Osservatore - Gazzetta delle Cliniche.

4. Giulio Kirck. — Casistica d'ostetricia, casi di embriotomia sul tronco.

14-15. Dott. Pirelli C. — L'estirpazione totale dell'utero canceroso è preferibile all'escisione parziale (Note cliniche e statistiche).

24-28. Martinetti Antonio. — Sul governo del perineo durante il periodo espulsivo del parto — Note tratte dalle lezioni del Prof. Chiara.

42-43-44-45. Inverardi Giovanni. — Ventidue casi di embriotomia.

Gazzetta Medica di Torino.

1. Bergesio Libero. — Il diabete zuccherino nella prima infanzia.

3. Minella Francesco. — Sclerodermia del neonato. — Memoria clinica.

10. Parona Francesco. — Fibromioma uterino e cistoma ovarico guariti colla estirpazione. — Nota clinica.

12-13. Marchionneschi Ottaviano. — Inversione uterina post-partum. — Nota clinica.

23. Dott. Vandoni. — Dell'esame del latte.

27. Spada Raffaele. — Un caso di eclampsia puerperale seguito da guarigione.

30. Bergesio Libero. — La tachelorrafia od operazione di Emmet.

Lo Sperimentale.

11. Prof. Cantieri Alessandro. — Gravidanza anomala — Espulsione di un feto in frammenti ossei per macerazione nell'utero.

Rivista clinica di Bologna.

2-3. Pinzani Ermanno. — Intorno ad una cagione tutta speciale dell'inerzia uterina nel parto e dopo di esso.

Raccoglitore Medico.

5-6. Vol. XXI. Ruggi Giuseppe. — Prolusione al corso libero di ginecologia.

1-2. Vol. XXII. Bertaccini Colombano. — Un caso di richiamo alla vita di un neonato asfittico mediante la respirazione artificiale.

Il Morgagni.

1-2-3-4 e 6. D'Antona Prof. A. — Saggi di chirurgia addominale — Trenta laparotomie.

1-4. Meola F. — Nota preventiva — L'involuzione dell'utero studiata dall'aspetto istologico.

6. Spadaro Cosimo. — Un caso di sarcoma dell'ovaio destro e dell'epiploon.

9. Pomilio Francesco. — D'una rottura dell'utero nel soprapparto e della morte delle puerpere dopo il rivolgimento senza cause apprezzabili.

Rivista Internazionale di Medicina e Chirurgia.

7-8. Meola Felice. — Sulla struttura degli involucri del feto umano.

Giornale Internazionale delle Scienze Mediche.

1. Carrara Giuseppe. — Sopra un caso di taglio cesareo seguito da amputazione utero-ovarica in donna moribonda.

2. Turretta Antonino. — Sulla guarigione spontanea di un cistoma dell'ovaia.

2. Spadaro Cosimo. — Una isterotomia sopravaginale per miofibroma dell'utero, ed una ovaro isterotomia per mioma cistico — Casi clinici.

Rivista Veneta di Scienze Mediche.

3. Calimani Giacomo. — Di un caso di prolasso d'utero inverso in seguito a parto precipitoso.

4. Lussana Felice. — Storia di due cisti ovariche guarite una coll'estirpazione, l'altra col drenaggio.

Gazzetta Medica Italiana.

4. Dott. Ciccone Vincenzo. — Memorie originali. — *Tre note ostetriche.* Sulle contrazioni uterine incomplete. Sul modo facile per eseguire il rivolgimento podalico. Sulla etiologia delle posizioni trasverse del feto.

7. Dott. Gött Luigi. — Due ovariotomie seguite da rapida guarigione.

14. Dott. A. Lazzeri. — Cisti ovarica infiammata e suppurata per aborto; flemmone suppurato del legamento largo; guarigione.

25. Dott. V. Gasparetti. — Un caso di processo puerperale.

40. Dott. Moise Benvenisti. — Accidenti gravido-cardiaci.

40. Dott. Guido Bolzoni. — Sul valore diagnostico della numerazione dei battiti cardiaci fetali.

41 e 43. Dott. G. Cavazzani. — Due casi di estirpazione dell'utero.

50. Dott. Borgherini A. — Della pulsazione vaginale come segno di gravidanza.

Gazzetta Medica di Roma.

1-2. Dott. Giovanni Piccinini. — Il cefalotribo dei fratelli Lollini.

Gazzetta degli Ospedali.

90 e 91. Dott. Carrara. — Sopra un caso di sifilide in donna gravida, causa di precoce infezione del feto e distocia materna.

71. Dott. G. Buzzacchi. — Prima ovariotomia eseguita felicemente in Mantova.

51. Dott. Guidi. — Lo zinco-solfo-fenato in pediatria. Guarigione di un vasto impiagamento vegetante di natura scrofolosa alla faccia, già recidivo operato e medicato con la soluzione di zinco-solfo-fenato.

94-95. Dott. Manciati. — L'iodoformio nel puerperio e nella ginecologia.

93-94. Dott. Turazza. — Sulle varie maniere di comportarsi della placenta in seguito all'aborto.

Italia Medica.

26. Dott. De Simone. — Laparotomia esplorativa per sarcoma dell'utero.

NOTIZIE

Concorso al posto di Professore di Ostetricia nella R. Università di Messina. — Da un documento ufficiale apprendiamo con nostra veramente *grande* meraviglia che questo concorso giudicato dal 18 al 24 ottobre 1884 dalla commissione tecnica che proponeva il Prof. Negri di Novara, venne annullato per difetto di forma giusta il parere del Consiglio Superiore! Fu indetto altro concorso che si chiude il 10 giugno anno corrente.

*
* *

Amputazione cesarea utero-ovarica (metodo Porro). — La rachitica operata dal Prof. Chiara nell'Istituto fiorentino il 13 gennaio a. c. è pienamente e anche rapidamente guarita: il bambino tenuto in clinica per 1 mese prosperò notevolmente e gode tuttora ottima salute.

*
* *

Una nuova Società di Ginecologia venne testè fondata in Londra; n'è Presidente onorario R. Barnes, effettivo A. Meadows, tesoriere R. Edis. — La prima riunione devesi tenere il 2° mercoledì del mese di marzo a. c.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Vol. VII. Marzo-Aprile 1885 N. 3-4.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Catania.

GRAVIDANZA GEMELLARE E IDRAMNIOS

LEZIONE CLINICA

del Prof. LUIGI MANGIAGALLI

La sera del 12 marzo questa sala stessa fu teatro di un importante avvenimento ostetrico, di cui nel giorno antecedente voi avevate già seguito le fasi iniziali. Nella riunione passata noi abbiamo visto per quale concatenazione di considerazioni e di eventi si formulasse la diagnosi di gravidanza gemellare complicata da idrope di un sacco ed abbiamo esaminato le ragioni per cui l'arte credevasi in obbligo d'intervenire colla puntura delle membrane, vuoi per interrompere la gravidanza, che d'altra parte volgeva al suo termine, vuoi per ottenere un rapido miglioramento dei fenomeni meccanici dovuti alla grande distensione dell'utero. La puntura evacuò il liquido del sacco non idropico in quantità di grm. 300 del peso specifico di 1006 e pure, per quanto fosse esigua la quantità di liquido emesso rispetto a quello che l'utero ancora conteneva, i vantaggi furono manifesti, la dispnea diminuì, la paziente non ebbe più vomito e nella notte dall'11 al 12 ebbe non poche ore di sonno tranquillo interrotto soltanto di tratto in tratto da qualche contrazione uterina. Al mattino del 12 la porzione vaginale del collo era scomparsa ed avevasi un centimetro di dilatazione: questa progredì poi con molta lentezza e non poteva essere diversamente sia perchè l'efficace contrazione della fibra uterina era impedita dal grado notevole di distensione, sia anche perchè la forza spiegata dalla fiacca contrazione del

muscolo uterino non trasmettevasi direttamente al primo feto, ma indirettamente attraverso il sacco che conteneva l'altro feto. Alla sera alle 9 circa la dilatazione era quasi completa, il feto presentavasi col vertice in posizioni O. I. D. A. alla parte alta dello scavo. L'utero era inerte, ed era già nel nostro programma di non attendere troppo la espulsione del primo feto, appunto perchè la sua estrazione costituiva la terapia più efficace e più razionale della inerzia uterina: poichè eranvi dunque le condizioni permittenti per l'applicazione di forcipe, la si fece, estraendo un feto vivo, di sesso femminile, del peso di grm. 1900, che si mise tosto a vagire. Non potendo avere nozioni sicure sui rapporti di circolo dei due feti e delle due placente, applicammo, come del resto è norma nel secondamento del parto gemellare, una legatura anche sul capo placentare del cordone. Estratto il primo feto, il volume del ventre e la palpazione dinotavano una notevole quantità di liquido amniotico: il riscontro vaginale avvertiva una borsa amniotica molto tesa e piuttosto spessa, e raggiungeva a stento una parte presentata che non era il vertice ma di cui il dito non sapeva determinare esattamente i caratteri per la sua elevazione. Non aggiungo per la sua mobilità come di solito si aggiunge nei casi di idramnios, perchè anzi in questo caso mi sorprendeva la sua non grande mobilità, di cui più tardi trovammo la spiegazione nella brevità assoluta e relativa del funicolo. Praticato il riscontro e rimasta sconosciuta la presentazione, la via a seguirsi era nettamente tracciata ma era prudente l'attendere e si attese; e voi dovete nella vostra pratica ricordarvi in molte circostanze di questo precetto, di svuotare cioè lentamente l'utero, onde non assistere a qualche catastrofe per una troppo rapida diminuzione della pressione addominale colle sue conseguenze idrauliche. Trascorso un quarto d'ora circa introdussi la mano in vagina rompendo le membrane nel campo dell'orificio e mantenendovela quindi onde impedire il subito erompere del liquido amniotico: quando di questo ne fu colato una certa qnantità constatai la presentazione dell'ovoide podalico in S. I. D. P. ed afferrato il piede destro l'abbassai dolcemente all'ostio vulvare mentre continuava a fluire il liquido amniotico che poi misurato si verificò essere in quantità di circa sei litri. Il piede abbassato volgeva il calcagno posteriormente, l'alluce a sinistra: parlando della estrazione vedremo come data quella posizione sia preferibile l'abbassamento del piede destro. Ciò fatto, per essere fedele al principio poc'anzi accennato, il nostro contegno non doveva essere che quello di un'attenta vigilanza e noi ci limitammo ad invigilare, e, trascorsi pochi minuti, vedemmo come ripresa per parte dell'utero la sua attività funzionale, il feto venisse espulso abbastanza rapidamente fino alle spalle rotando contemporaneamente in modo da volgere il dorso all'operatore. Senonchè a questo punto ci si fece manifesto come attorno al tronco del feto girasse un'ansa di cordone e come questo fosse notevolmente teso. Ti-

rando sul capo placentare non riuscì di fare un'ansa bastevolmente ampia per trarne il feto, ma solo a rallentarlo un pochino. Vennero tosto e facilmente disimpegnate le braccia che avevano conservato la loro attitudine normale e quindi estratta la testa uncinando la mandibola inferiore mentre con due dita dell'altra mano si premeva dal basso all'alto sull'occipite in modo da mantenere più facilmente la flessione del capo durante la trazione. Questo secondo feto era di sesso femminile e vagì ben tosto esso pure: esso pesava 2000 grm. Un quarto d'ora dopo si ebbe il secondamento favorito dalla spremitura; ad assicurare la retrazione uterina si iniettarono ipodermicamente 40 centigr. di ergotina.

Ebbe così compimento questo interessante caso clinico in cui per così dire si svolsero parecchi capitoli di fisiologia, patologia e terapia ostetrica. Voi avete visto in qual modo si risolvesse il problema diagnostico e come trovasse soluzione soddisfacente quello terapeutico, poichè vennero estratti i due feti vivi e la donna, ora in 4ª giornata di puerperio, si trova in condizioni eccellenti. Ma il nostro compito non è finito, dobbiamo ora entrar nel campo eziologico e cercare una spiegazione dei fatti osservati. Prima però devo presentarvi gli annessi fetali poichè presentano alcune particolarità degne di nota, particolarità sulle quali noi dovremo ritornare onde ricercarvi la causa del fatto morboso: *idrope dell'amnios di un sacco.* Dal punto di vista anatomico abbiamo già visto come gli annessi spettanti alla gravidanza gemellare possano dividersi, a seconda del modo con cui si presentano, in tre classi: nella prima abbiamo ciascun feto contenuto in una loggia costituita da un chorion e da un amnios, ed abbiamo placente indipendenti, spesso separate l'una dall'altra; nei casi della seconda l'amnios è doppio, il chorion è unico: nei casi della terza entrambi i feti sono contenuti in un sacco unico costituito da un chorion e da un amnios. La puntura aveva già messo in sodo che qui non trattavasi di un caso della terza varietà; nel penetrare colla mano nel secondo sacco, dallo spessore dalle membrane e dalle resistenze superate sospettai già che si trattasse di un caso della prima varietà, questo sospetto si fece sicurezza, quando pervenuti i genitali del secondo feto ai genitali materni, vedemmo la diversità di sesso del secondo feto. Difatto i gemelli della seconda varietà, quelli monocorii, aventi cioè ciascuno un sacco amniotico ma inclusi in un solo chorion sono gemelli di egual sesso, gemelli unisessuali. Lo diceva già, ne' suoi ragguagli del Parnaso, un satirico del 600, Boccalini Traiano, il quale raccontava che la natura non si fida neppure della coabitazione del fratello colla sorella: « difatti se avviene che uno sia maschio e l'altro sia femmina, la sagacissima natura in una particolare membrana separata dal maschio conserva la femmina. » Esaminando infatti gli annessi noi troviamo, come ogni sacco sia circoscritto da un amnios e da un chorion e come il setto di separazione possa scomporsi in tre foglietti, due amnios ed un chorion il quale non può rappresentare che il risultato della fusione dei due chorion.

La massa placentare è in apparenza unica se noi la guardiamo dalla faccia uterina: nella sua faccia fetale vediamo invece una striscia fibrosa che corrisponde all'andamento del setto e che sembra dividerla in due parti pressochè uguali: io del resto ho praticato la iniezione delle due placente in presenza di alcuni di voi ed abbiamo potuto convincerci all'evidenza come non siavi comunicazione vascolare fra le due placente. Altre cose degne di nota noi dobbiamo osservare. Mentre la lunghezza del primo funicolo misura 44 ctm., il secondo ne misura soltanto 28 ed era come dissi anche avvolto al dorso; di più il fascio vascolare di questo si dissocia sulle membrane e proprio su quel tratto che costituisce il tramezzo a 6 ctm. circa dalla placenta dividendosi in 4 grossi tronchi che serpeggiano sulle membrane per poi dividersi in rami ancora notevolmente grossi sotto l'amnios nella faccia fetale della placenta. Il cordone dell'altra placenta si inserisce sul suo margine dalla parte opposta a quella del tramezzo. Riassumendo noi abbiamo:

1.° Due placente che in apparenza ne costituiscono una sola ma che conservano la loro autonomia anatomica e funzionale.

2.° Ogni sacco è formato da un chorion e da un amnios ma i due chorion nel tramezzo si sono fusi in uno.

3.° Il cordone del primo feto presenta una inserzione marginale, quello del secondo feto spettante al sacco idropico una inserzione velamentosa e questa si compie sul tratto di membrane che costituisce il tramezzo.

4.° Il cordone del secondo feto è assolutamente e relativamente breve.

5.° Le diramazioni della v. ombellicale di questo hanno un volume quintuplo di quello dell'altro feto.

6.° Il liquido amnìotico del sacco idropico era tinto in rosso per sangue commisto.

Vedremo quale profitto potremmo trarre da questi dati per ricercare nel caso attuale la genesi dell'idramnios.

Intanto debbo aggiungere che i feti vennero trasmessi al brefotrofio e che il liquido amniotico venne trasmesso al gabinetto di chimica onde conoscere il procento di urea. Dal brefotrofio ieri ci venne rimandato morto uno dei gemelli ed era precisamente quello di sesso femminile spettante cioè al sacco idropico. Si potrebbe riassumere la sua autopsia col dire che fu affatto negativa. La vena ombellicale non presenta nessuna stenosi nel suo tragitto: non vi ha liquido nel cavo addominale, nessuna lesione al fegato il quale pesa 65 grm. I polmoni sono espansi, soffici, crepitanti al tatto ed al taglio, galleggiano in massa uniti al cuore, galleggiano divisi: solo nella parte ima di ciascun lobo inferiore si osservano piccole zone congeste ed altre atelectasiche. Il cuore non presenta anomalie, i centri nervosi sono normalmente conformati.

Vediamo ora se cogli elementi che abbiamo raccolto ci sia possibile rintracciare la causa dell'idramnios o almeno formulare una ipotesi, la quale si presenti razionale al nostro spirito e ci dia un'adeguata spiegazione dei fatti osservati. Essendo ancora discusse le origini del liquido amniotico, è naturale che anche la genesi dell'idramnios sia molte e molte volte circondata da oscurità. In altra occasione ho già detto come riguardo all'origine del liquido amniotico tre ipotesi si disputino principalmente il campo:

1.° Il liquido amniotico è di origine materna.
2.° Il liquido amniotico è di origine fetale.
3.° Il liquido amniotico è di origine mista.

Se noi con mente imparziale prendiamo in esame tutti i fatti e tutte le esperienze che si sono portate in campo per dimostrare l'uno o l'altro asserto mi pare si possa giungere al convincimento che le origini del liquido amniotico sono multiple, che il contributo del feto è più costante e più notevole di quello fornito dalla madre. La possibilità che dalla madre possano passare sostanze nel liquido amniotico senza passare per il feto è dimostrata da molte esperienze, fra cui ritengo specialmente dimostrative quelle in cui tale passaggio si verificò anche a feto morto, quando cioè non si poteva fare intervenire la circolazione fetale. È vero che molte di tali esperienze per il modo in cui vennero praticate inducono un aumento di pressione endo-vasale, ma da una parte può rispondersi che un tale aumento può verificarsi anche in condizioni fisiologiche e specialmente in condizioni patologiche, e d'altra parte tali esperienze vennero fatte anche sulla donna in condizioni normali, a feto morto, come fece recentemente l'Haidlen, il quale dimostrò in simile circostanze il passaggio del ioduro di potassio. Invece io non dò grande importanza al fatto dell'occorrenza dell'idramnios in donne idropiche per malattie cardiache o renali, poichè sono troppo numerosi i casi in cui colla presenza dell'idrope materno non eravi quella dell'idramnios. Ammessa la possibilità che la madre compartecipi direttamente alla produzione dell'amnios e alla sua esagerata formazione in determinati casi patologici si potrebbe tentare sperimentalmente la produzione di un idramnios artificiale? A me parrebbe di sì, ma che esperimenti sieno stati fatti su questa via non ricordo e non so.

Se il liquido amniotico tira la sua origine dal feto e dai suoi annessi, esso potrebbe considerarsi come il prodotto diretto di una secrezione vera e propria dell'amnios, ovvero come un prodotto escrementizio il quale risultasse dalla miscela della secrezione urinaria, della secrezione cutanea, del trasudato delle parti liquide del sangue fetale attraverso la membrana amniotica. Questa seconda

ipotesi mi pare quella che meglio si adatti alle esigenze fisiologiche e a spiegare il maggior numero di casi nel campo patologico. Contro la prima ipotesi che il liquido amniotico sia il prodotto di una secrezione diretta vera e propria stanno molte considerazioni anatomiche-fisiologiche. L'amnios non contiene alcun organo ghiandolare, e l'epitelio che riveste la sua faccia fetale è un epitelio di protezione, noi abbiamo cioè un epitelio pavimentoso il quale è anche stratificato sulla porzione di amnios che forma una guaina al cordone. È vero che in vicinanza dell'impianto del cordone sono state descritte isole di epitelio cilindrico, ma è difficile il potere accordare loro un potere secretore così esteso. D'altra parte è a notarsi ancora come sia direttamente dimostrata la compartecipazione dei fattori accennati nella seconda classe. La pelle del feto certamente secerne, e quindi è evidente che una parte del suo secreto debba mescolarsi col liquido amniotico: ad essa attribuì speciale importanza lo Schatz. Il Bar fece iniezioni, in coniglie gravide, di ferro cianuro di potassio per vedere se, dopo essere penetrato nell'organismo fetale, si eliminasse per la pelle ma non ebbe risultati positivi. Che i reni funzionino nella vita fetale è indubitabile: lo dimostra l'esperimento, lo dimostra perentoriamente l'urina trovata nella vescica di feti vivi appena nati, di feti all'atto della nascita come si ossserva nella presentazione dell'ovoide podalico, infine l'urina trovata in vescica di feti nati morti. Che l'urina secreta possa essere e sia anche escreta a me pare egualmente dimostrato dai fatti in cui data una imperforazione dell'uretra, si ebbe distensione della vescica, degli ureteri, dei bacinetti renali per accumulo di urina. Nè vale l'obbiettare che da un fatto teratologico non è lecito trarre deduzioni nel campo fisiologico. Quando il fatto teratologico consiste puramente e semplicemente nella imperforazione dell'uretra, quando l'organo di secrezione non presenta anomalia di prima formazione, quando gli effetti osservati sono identici a quelli osservati nell'adulto in circostanze simili, perchè vorremmo togliere ogni valore a simili fatti? Che poi la secrezione urinaria non sia l'unico fattore genetico del liquido amniotico, lo dimostrano precisamente questi stessi fatti ne' quali pure eravi liquido amniotico. Nulla ripugna il credere che anche nel feto come nell'adulto vi possa essere un'azione di compenso, un'azione vicaria fra la funzione renale e la funzione cutanea. E veniamo ora all'altro elemento che ci resta ad esaminare: la trasudazione di parti liquide del sangue fetale attraverso la membrana amniotica. È relativamente antica l'esperienza di Monro il quale, iniettando acqua calda nei vasi ombellicali, vide trapelare del liquido alla superficie dell'amnios. Le esperienze di Monro vennero riprese dal Sallinger che pubblicò nel 1873 un notevole lavoro sull'argomento che ci interessa. Esperimentando, per es., sopra una placenta doppia che proveniva da una gravidanza gemellare, e facendo iniezioni nella v. ombellicale egli vide sotto una pressione di 125 ctm. trapelare in

una mezz'ora 3675 ctm. cubi di liquido. Egli spolverava di gesso fino la superficie uterina della placenta, onde impedire la fuga del liquido. Io ripetei in presenza di alcuni di voi l'esperienza di Sallinger, servendomi di un ordinario enteroclisma all'altezza di un metro circa dal tavolo sul quale era posata la placenta: benchè l'intonaco del gesso non fosse completo e dalla superficie uterina fuggisse una notevole quantità di liquido e la pressione sotto cui scorreva il liquido nei vasi ombellicali dovesse essere quindi modica, pure l'esperimento riuscì molto dimostrativo. E lo si rese più evidente e per così dire appariscente in distanza sostituendo all'acqua una soluzione di ferro cianuro di potassio sull'esempio di Bar: pennellando allora qua e là la superficie fetale dell'amnios con un pennello intriso di percloruro di ferro, vedemmo tosto apparire la caratteristica colorazione in bleu. Sarebbe stata mia intenzione di iniettare contemporaneamente le due v. ombellicali quella del sacco non idropico e quella del sacro idropico, facendo l'iniezione alla stessa pressione per vedere attraverso quale dei due trapelasse maggior quantità di liquido nell'unità di tempo, ma vi rinunciai non potendo fare l'esperimento in condizioni rigorose. Al postutto avremmo dovuto calcolare anche le diverse superficie di esalazione dei due sacchi. Devo aggiungere come le ricerche istologiche di Bar abbiano dimostrato che il liquido segue il tragitto degli spazii plasmatici, trapelando poi nel cemento intercellulare del rivestimento epiteliale dell'amnios. Senonchè a questo punto si riannoda un'altra questione. Sono i vasi ombellicali che serpeggiano sotto l'amnios che danno questo liquido ovvero è una rete capillare speciale, è la rete di *vasa* propria ammessa e descritta da Jungbluth? Questi accorda ad essa il compito principale di secernere il liquido amniotico e vi è già nota la teoria da lui edificata. Normalmente questi vasi si chiudono e si obliterano nella seconda metà della gravidanza, che se continuano a restare beanti essi allora continuando nella loro funzione ingenerano l'idrope dell'amnios. Questa rete speciale fu a volta a volta ammessa e negata dagli anatomici; io non ebbi mai la ventura di constatarla, ed anche nel nostro caso fa difetto. Nè dovrebbe essere difficile il dimostrarla: noi vediamo soltanto una notevolissima rete vascolare sotto l'amnios nel dominio della v. ombellicale. Del resto dimostrata anche questa rete capillare, non ne verrebbe menomamente comprovata la teoria di Jungbluth.

Noi abbiamo così esaminato rapidamente le cause produttrici del liquido amniotico nello stato normale o almeno alcune fra quelle nelle quali possiamo razionalmente supporre insita tale facoltà. Dovendo ora darci una spiegazione della deviazione dal tipo fisiologico osservata nel caso nostro nulla di più razionale mi pare che di esaminare una ad una queste cause per vedere se in un loro modo esagerato d'agire possa trovarsi la causa dell'esagerato aumento del

liquido amniotico. Devo premettere come nel caso nostro la gravidanza sia stata gemellare, e come nella pluralità del prodotto del concepimento debba riconoscersi una causa predisponente allo sviluppo dell'idramnios. Ciò almeno dimostrano i dati statistici. Riunendo i 14 casi citati da Oulmont, i 28 citati da Gulllemet, gli 81 raccolti da Sallinger, abbiamo sopra 123 casi di idramnios 52 di gravidanza multipla cioè il 42 %. Però chi fosse vago di studiare l'idramnios in rapporto colla gravidanza gemellare, dovrebbe anzitutto dividere i casi in cui tale consociazione venne osservata in due categorie, l'una contenente i casi nei quali, come nel nostro, si avevano due circoli placentari perfettamente autonomi, l'altra contenente quelli altri in cui i feti o contenuti nello stesso amnios o contenuti ognuno in un sacco amniotico ma nello stesso chorion presentavano comunicazioni del loro albero vascolare in grembo alla placenta. Egli è che in questa seconda categoria di casi possono agire fattori speciali, per esempio, la prevalente attività del cuore di un feto in confronto con quella dell'altro. Ma poichè il nostro caso appartiene alla prima categoria il nostro compito resta semplificato. Di un' altra frequente consociazione dell'idramnios devo farvi però parola, della sua consociazione cioè con mostruosità fetali consistenti specialmente in idropi delle cavità cerebro-spinali, per' quanto io non creda questa frequenza tale da giustificare del tutto l'affermazione del Prof. Calderini che si possa ammettere la probabile esistenza di un feto mostruoso quando esiste l'idramnios. Per me questi casi sono da collocarsi in una classe affatto speciale, forse non ripugna l'ammettere che la lesione nervosa sia l'elemento primitivo in quella stessa guisa che sperimentalmente con lesioni di certe parti del sistema nervoso possiamo portare notevoli modificazioni della funzione urinaria e modificazioni di pressione del circolo. Ovvero l'origine comune e dell'una e dell'altra alterazione si potrebbe trovare nelle belle ricerche di Dareste sulla produzione artificiale delle mostruosità. Nel nostro caso, anche l'autopsia lo ha dimostrato, nessuna apprezzabile lesione del sistema nervoso si aveva. Ecco dunque perchè limiterò, nel caso nostro, il mio ragionamento alle cause che più tengonsi fisiologicamente come le produttrici del liquido amniotico.

Cominciamo dalla madre. L'unico fatto rilevatoci dall'esame di questa, praticato circa due mesi prima nelle esercitazioni diagnostiche, si fu un soffio lievemente aspro sistolico all'apice. Nulla allora fece sospettar nè la gravidanza gemellare nè l'idramnios. Nel corso della gravidanza noi abbiamo profonde modificazioni del circolo e lo prova appunto la frequenza con cui in essa ascoltiamo rumori sistolici senza che si sia autorizzati a metterli in rapporto alla esistenza di cardiopatie organiche. In questo caso del resto noi assistemmo nell'ultimo mese al rapidissimo aumento del ventre ed è in coincidenza ed in rapporto con tale fatto meccanico che osservammo l'insorgere e l'aggravarsi degli edemi delle

estremità inferiore. Anche l'affanno di respiro era un fatto puramente meccanico, dovuto al sospingimento in alto del diaframma, ed avevamo d'altronde la mancanza assoluta di ogni altro segno fisico e razionale di cardiopatia organica. Cessata la distensione del ventre ogni disturbo cessò per incanto ed il primo tono all'apice non presenta più quell'asprezza che presentava nel corso della gravidanza. Eliminata assolutamente ogni idea di vizio organico di cuore nella madre, constatato il rapidissimo aumento del liquido amniotico, non ci resta che rivolgere la nostra attenzione alle cause d'origine fetale. Il rapidissimo aumento del liquido amniotico esclude già che esso sia dovuto o ad una più abbondante urinazione del feto o ad una più abbondante secrezione della pelle e d'altra parte noi non abbiamo alcuna lesione nè della pelle nè dei reni. Resta dunque l'altro elemento il trasudato di parti liquide del sangue fetale attraverso le pareti dei vasi ombellicali. In qual modo può aumentare tale trasudato? Evidentemente in due modi: aumentando la superficie di esalazione, aumentando la pressione sotto cui scorre il sangue nella vena ombellicale per una causa qualunque che ne inceppi, che ne ostacoli il circolo. E qui non intendo parlare soltanto della vena ombellicale ma anche di quelle sezioni di circolo le cui lesioni possono indurre una stasi nel dominio della v. ombellicale. Per meglio imprimere nella vostra mente il mio concetto, non potrei portare in campo un esempio più illustrativo di quello dell'ascite nell'adulto. Le analogie non potrebbero essere più manifeste e più numerose, tanto più che anche per l'amnios come per il peritoneo venne dimostrata la struttura linfatica ed entrambe le cavità possono considerarsi come due grandi sacchi linfatici. Data un'ascite essa può essere prodotta da una compressione esercitata sulle radici della porta come per esempio da ghiandole mesenteriche tumefatte, ovvero da compressione del tronco stesso della porta nell'ilo epatico per neoplasmi, ovvero per compressione esercitatasi nelle diramazioni della porta nel fegato stesso per alterazione di quest'organo, come per esempio nella cirrosi. Nè basta: lesioni del cuore possono indurre prima stasi nel fegato ed alterazioni speciali caratteristiche di quest'organo e quindi ascite. Nè basta ancora poichè alterazioni croniche del polmone possono indurre una replezione del ventricolo destro, una insufficienza della tricuspide, una stasi nel dominio della cava ascendente e della porta. Facciamo l'applicazione di quanto ora dissi all' idrope dell' amnios. La compressione in una sezione qualunque della v. ombellicale potrà indurre un idrope dell'amnios, una compressione quindi delle sue radici, che serpeggiano sotto l'amnios sulla faccia fetale della placenta, per parte per esempio di tumori placentari come un bel esempio illustrativo ne pubblicò il Dott. Nicolini; una compressione del tronco della v. ombellicale decorrente nel cordone, come in alcuni casi di torsione, una compressione della v. ombellicale quando ha superato lo spiraglio ombel-

licale specialmente nel suo ramo epatico per lesioni del fegato. Infine anche le alterazioni del cuore endouterine potranno indurre una stasi nel dominio della v. ombellicale, indurre quindi un aumento di pressione e perciò un aumento di trasudato. E qui mi arresto: infatti, che nel feto lesioni polmonari possano indurre una stasi nel dominio della v. ombellicale mi pare difficile, perchè i polmoni fetali non funzionano e non ricevono che piccolissima parte del sangue che dal cuore destro è spinto per l'arteria polmonare. La massima parte di questo sangue è cacciato dalla polmonare nell' aorta per il condotto arterioso e quindi le lesioni ed in specie la stenosi di questo condotto potranno portare indirettamente una stasi nel dominio della v. ombellicale.

Nel caso nostro abbiamo già visto come le diramazioni della v. ombellicale presentassero un grado di distensione notevole, il che ci fa già presumere che il circolo della vena fosse inceppato. Ma dove risiede la causa di questo ostacolo al circolo della v. ombellicale? L'autopsia del feto fu perfettamente negativa. Nulla essa ci rilevò nel cuore, nel fegato, nel decorso della v. ombellicale, ma io ho già richiamato l'attenzione vostra sulle particolarità che offrivano gli annessi stessi; il cordone era breve assolutamente e relativamente, esso presentava una inserzione velamentosa e questa si faceva sul tramezzo stesso dei due sacchi. In tale condizione di cose abbiamo noi elementi sufficienti d'indole meccanica per ammettere un aumento di pressione nelle diramazioni della v. ombellicale e delle sue radici? Il Dott. Truzzi pubblicando tre casi di idramnios complicati da insezione velamentosa del cordone e richiamandone un altro pubblicato dal Prof. Porro, giustamente, a mio avviso, accennò all' importanza che poteva avere l'inserzione velamentosa della placenta nella genesi dell'idramnios sia favorendo l' azione di alcuni momenti meccanici, sia moltiplicando la superficie di esalazione. Ma nel nostro caso questa influenza che potrebbe sembrare ancora vaga è rafforzata e per così dire precisata da altri fatti. Trattasi cioè qui, come del resto anche in un caso di Truzzi, di gravidanza gemellare, ma il fascio vascolare del cordone spettante al sacco idropico si dissocia proprio nel tramezzo dei due sacchi vale a dire nel punto più propizio per subire compressione e su vasta superficie, non su quella limitata e fuggevole di un corpo cilindrico come il cordone, per opera di entrambi i feti. E non basta ancora: noi abbiamo visto come il cordone di tale feto misurasse 28 ctm. e come tale brevità fosse resa ancora maggiore da una circolare del cordone stesso attorno il tronco fetale. Che cosa ne doveva dunque avvenire? Che il feto avesse necessariamente una posizione obbligata, che esso fosse per così dire fissato nella sua sede, rendendo quindi inevitabile la compressione sul punto in cui la vena ombellicale si diramava a ventaglio. Che se noi ammettiamo e nulla ripugna l'ammetterlo, che l'avvolgimento del cordone si fosse fatto poco tempo innanzi, allora possiamo avere

anche una spiegazione del perchè coll' aggiunta di un movimento meccanico a quelli favorevoli già esistenti per la produzione dell' idramnios, si sia avuto un rapidissimo sviluppo del liquido amniotico probabilmente già abbondante per un rapido aumento della stasi nelle diramazione della v. ombellicale, come ne fa fede anche la tinta sanguigna del liquido amniotico. Non ho certo la pretesa che l'edificio così innalzato sia incrollabile nè che l'ipotesi fatta non possa offrire il fianco a qualche obbiezione, ma dovendo pure ricercare la causa di ogni fatto che ci si presenta all' osservazione, mi parve che essa rispondesse meglio di ogni altra ai requisiti della *razionalità* nel caso attuale.

Catania, 16 marzo 1885.

SOPRA UN CASO

DI

PERFORAZIONE CENTRALE DEL PERINEO

E SOPRA LA SUA ETIOLOGIA

NOTA CLINICA

del Dott. ARTURO MASINI

Aggregato alla Facoltà Medica e Docente di Ostetricia con effetti legali nella R. Università di Genova.

In generale, quasi tutti i manuali ed opere di ostetricia, ammettono fra le anomalie poco importanti riguardanti i vizii di bacino, quelle delle inclinazioni pelviche: e ciò perchè queste facilmente possono venire corrette durante il parto, sia col modificare l'inclinazione troppo grande, rialzando il perineo ed il tronco, in modo da fare abbassare la regione lombare; sia nell'inclinazione troppo piccola, col fare appunto il contrario, cercando cioè di rialzare la regione lombare, per cui il sacro guardi direttamente in basso.

Durante il mio biennio di Assistentato alla Clinica Ostetrica di questa R. Università 1879-80, mi occorse di osservare un caso di lacerazione centrale del perineo, il quale fu la diretta conseguenza di un eccesso d'inclinazione dello stretto inferiore per l'esagerata altezza della sinfisi pubica, costituendo appunto quest'anomalia quel particolare vizio di bacino che i Francesi designano col nome di *barrure*. Ho indugiato molto tempo a pubblicare questa nota clinica sperando che l'occasione mi fosse propizia per istudiarne altri casi di simili anomalie pelviche e così ottenere un più completo materiale di studio; ma disgraziatamente un'altra sola osservazione che mi era capitata nella clientela privata andò perduta, di guisa che oggi mi accingo a pubblicare l'unico caso che osservai nella clinica, il quale è il seguente:

Angela D...., di anni 23, nubile, domestica, nata ad Isola del Cantone, venne ricoverata in Clinica il 21 dicembre del 1879. Ragazza di sana e robusta costi-

tuzione fisica, piuttosto alta di statura, metri 1. 60, all'apparenza ben conformata, raccontò che fu mestruata regolarmente all'età di 16 anni nè ebbe mai a soffrire di alcuna malattia. Per l'epoca dell'ultima mestruazione e per l'esame diretto potemmo riscontrare che la gravidanza si trovava alla fine del settimo mese e che la presentazione era quella dell'ovoide cefalico. Come di consueto trattandosi di una primipara venne sottoposta all'esame pelvimetrico il quale offrì colla pelvimetria esterna i seguenti dati:

Distanza fra le Sp. il.	Centim.	26
» » Cr. il.	»	29
Diametro RS	»	20
» OS	»	25,6
» OD	»	26
» RI	»	9,5
» BI	»	10
Altezza della sinfisi pubica	»	7

Col riscontro vaginale non fu potuto toccare l'angolo sacro vertebrale, la pelvi anzi si apprezzava ampia, mentre chiaramente si sentiva che la sinfisi pubica era esageratamente alta, in direzione verticale più grossa del normale e che terminava in basso con una arcata acuta e ristretta. In causa di questa alterazione la vulva è diretta indietro ed il dito esploratore intoppa contro il corpo della sinfisi pubica, che in certo modo forma come una barriera anteriore all'entrata nella vagina. Ne consegue da ciò che il piano dello stretro inferiore non solamente si trova più basso, ma ch'è cambiato pure di direzione e guarda più indietro che non nello stato normale. Inoltre l'asse del piccolo bacino invece di corrispondere alla parte anteriore e mediana del perineo è diretto un po' più posteriormente verso l'apertura anale.

Questo difetto di conformazione parziale del bacino, che veniva soltanto a modificare il piano e la direzione dell'asse dello stretto inferiore, non poteva certamente portare un serio ostacolo all'effettuazione del parto, poichè tutti i diametri della pelvi risultavano normali, e se mai piuttosto si apprezzava una maggiore ampiezza allo stretto superiore, perciò venne deciso di attendere tranquillamente l'epoca del parto, cercando allora per quanto sarebbe stato possibile di correggere l'inclinazione mercè un adattata posizione della partoriente. Però non tralasciai di fare osservare agli studenti che la testa ai primi dolori sarebbe con facilità discesa allo stretto inferiore, ma che a questo punto sarebbero incominciate delle serie difficoltà per il suo disimpegno le quali avrebbero portato per final conseguenza una lacerazione del perineo.

Il giorno 24 febbraio 1880 l'Angela D...., fu sorpresa dai dolori premunitori del soprapparto. Fatto un altro esame per una più precisa diagnosi della presentazione o posizione del feto, furono avvertiti i battiti cardiaci in uno spazio compreso fra la cicatrice ombelicale e la spina iliaca anteriore superiore sinistra, mentre col riscontro si sentiva la testa già impegnata allo stretto superiore in prima posizione e il collo con una dilatazione di circa un centimetro di diametro. Il sacco era integro, la donna aveva frequente lo stimolo di orinare senza poterne emettere altro che delle gocce; e ciò dipendeva che la testa veniva a comprimere l'uretra dietro la sinfisi del pube. Apprezzando con la palpazione che la vescica non si vuotava fu cercato di smuovere con le dita la testa e fu fatto il cateterismo. Verso le 2 pom., le contrazioni essendosi fatte più forti, fu posta la gestante nel letto del parto, e col riscontro si notò che la testa aveva già raggiunto lo stretto inferiore, terminando il moto di rotazione interna. La dilatazione del collo raggiungeva circa 4 cent., e fu allora che credemmo opportuno il momento di cercare di correggere l'inclinazione dello stretto inferiore, ponendo sotto alle natiche della gestante dei cuscini, in modo da cambiare la posizione dorso-lombare in dorsale mantenendo le coscie ed il sacro in posizione elevata. Verso le 3 pom. la dilatazione era completa, le contrazioni uterine si facevano sempre più gagliarde, le membrane si erano rotte spontaneamente, e si sentiva chiaramente che la testa, sebbene spinta da energiche contrazioni, non poteva riuscire a superare l'ostacolo fattogli dalla sinfisi del pube troppo alta, per cui veniva ad essere respinta indietro verso il sacro portandovi una considerevole pressione sulle parti molli. Infatti nel momento del dolore il perineo fa una gran curva anteriore, si distende, si assottiglia da far temere una prossima inevitabile lacerazione. Si cerca di attendere ancora un quarto d'ora, per vedere s'è possibile che avvenga naturale l'espulsione della testa, ma vedendo che il perineo durante una forte contrazione lascia scorgere una piccola fenditura longitudinale al centro a guisa di occhiello e temendo con ragione che da un momento all'altro sotto le forti e continuate pressioni non si abbia a lacerare completamente, mi accingo immediatamente a fare un'applicazione del forcipe, ed operando le trazioni molto in basso riesco ad estrarre la testa, provocando semplicemente una lacerazione del perineo di secondo grado, la quale si riunisce a quella centrale avvenuta durante il parto. A questo viene subito riparato mediante tre punti di sutura staccata e fatta una medicatura antisettica. Il neonato venne alla luce vivente e robusto del peso di chilogr. 3,800. Nulla di notevole accadde nel puerperio; al quarto giorno si tagliarono i punti di sutura, e si potè scorgere che i labbri della lacerazione erano pienamente aderenti fra di loro e con un poco di suppurazione. Fu messa sulla ferita un po' di polvere di iodoformio, al settimo giorno la cicatrizzazione era assicurata e la riunione si era fatta completa.

Dalla storia clinica qui sopra esposta emerge chiaramente il fatto, che causa della lacerazione del perineo fu l'altezza esagerata della sinfisi pubica. Nelle lacerazioni del perineo a torto gli autori danno più che altro una grande importanza alla resistenza delle parti molli, all'età della madre, alla primiparità, al parto troppo precipitoso, all'intensità dei dolori, al volume esagerato della testa fetale, alla cattiva situazione del feto, alle operazioni ostetriche, ecc. Senza voler negare in moltissimi casi una diretta partecipazione di queste cause non bisogna dimenticare che possono esistere vizii speciali di bacino, i quali da loro solamente possono produrre le lacerazioni perineali. Lo Schroeder nel suo *Manuale di Ostetricia* ammette fra le cause di lacerazione del perineo anche la giacitura della partoriente. Egli dice che nel decubito dorsale ordinario, sopra il perineo oltre la forza espulsiva insiste la testa col suo peso la quale per uscire è obbligata a risalire in alto contro la gravità, stando sopra di un lato o meglio ancora nella posizione rannicchiata o decisamente coccoloni il perineo li conserva molto meglio. Ammette il medesimo autore facilissime le lacerazioni nei casi di troppo piccola inclinazione del bacino, e quando vi è la strettezza dell'arcata del pube per cui la testa deve premere lungamente e e fortemente sopra il piano perineale. Il Dupuytren aveva già richiamato l'attenzione degli ostetrici sopra l'etiologia delle lacerazioni perineali in rapporto ai vizii pelvici in quei casi in cui esiste una troppo grande curvatura in addietro dell'estremo inferiore del sacro e del coccige, che ingrandendo il diametro cocci-pubico porta più in basso ed indietro l'asse del distretto inferiore e diminuisce l'inclinazione del piano che deve dirigere la testa del feto di dietro in avanti sotto la sinfisi pubica. Il Moreau cita un caso di sacro diritto in cui la testa invece di esser condotta in basso ed in avanti viene a poggiare direttamente sul perineo nella sua parete posteriore provocando una lacerazione centrale. Il Cruveilhier aggiunge esservi talvolta dei bacini in cui la sinfisi del pube ha un' altezza maggiore che nello stato normale, e che invece di misurare 4 cent. o 4 centimetri e mezzo arriva a 5, 6, 8 e più centimetri. Infine il Dott. Eustache di Lilla in un suo studio sulla perineorafia fa osservare che causa frequente di lacerazione perineale sono i così detti bacini alti ed a barrure in cui la sinfisi del pube è esageratamente alta e non offre uno spazio sufficiente per il disimpegno dell'occipite.

Il caso da noi surriferito rientra appunto in questa classe di bacini cui accenna il Dott. Eustache. Ed è perciò che nell'Angela D...., la vulva era diretta in alto, ed il dito esploratore era arrestato come da una barriera fattagli dalla sinfisi pubica, di modo che l'apertura dello stretto inferiore veniva ad essere rivolta indietro come nel bacino dei quadrupedi. Per questa esagerata altezza della sinfisi pubica non solo il piano dello stretto inferiore veniva ad essere abbassato, ma veniva pure a cambiare di direzione l'asse del medesimo

portandosi più indietro del suo stato normale. Abbiamo veduto dalla storia sopraesposta che la testa ha con facilità raggiunto lo stretto inferiore, e questo è accaduto perchè i diametri dello stretto superiore erano semmai piuttosto eccedenti in ampiezza non che difettosi. S'intende bene adunque che l'unica difficoltà che doveva trovare la testa era nell'ultimo movimento meccanico di estensione o di elevazione che si voglia dire, che l'asse del piccolo bacino invece di corrispondere alla parte mediana del perineo se ne veniva ad allontanare cadendo in punto più posteriore, e simultaneamente la risultante delle contrazioni uterine portando la testa verso questo punto, doveva distendere enormemente il perineo verso l'apertura anale, come vedemmo accadere ad ogni forte contrazione uterina nella nostra partoriente. Inoltre per la sinfisi del pube troppo alta, l'occipite non può prendervi al disotto il suo punto di appoggio e farne il centro di un arco di cerchio, per cui si dovrà compiere il moto di estensione della testa. Questo movimento per necessità e malagevolmente si compirà in questi casi dentro la filiera pelvica, per mezzo di pressioni considerevoli sulle parti molli della regione perineale posteriore, le quali avranno per finale ed inevitabile conseguenza di provocare una lacerazione perineale e più verso l'apertura anale che verso l'apertura vulvaria, poichè la pressione della testa si farà sentire maggiore in prossimità della prima che della seconda. Per questo meccanismo s'intende la ragione del primo apparire della lacerazione nella parte centrale del perineo. Quale dovrà essere la condotta dell'ostetrico di fronte a simili anomalie pelviche, particolarmente relativa alle inevitabili lacerazioni perineali?

È un fatto incontrastabile che l'altezza maggiore del normale della sinfisi pubica non suole portare serii ostacoli all'effettuazione del parto; almenochè non sia complicata da diminuzione in qualche diametro del piccolo bacino; ed infatti abbiamo potuto scorgere chiaramente che l'unica difficoltà nel nostro caso si ebbe nel disimpegno della testa, che naturalmente non poteva effettuare in modo regolare il suo movimento di estensione, se non provocando una soluzione di continuità lungo il perineo piuttosto considerevole, se si pensa che questa si compie in senso inverso alle comuni lacerazioni cioè dall'indietro in avanti. Riguardo al feto possono effettuarsi due condizioni diverse, o le contrazioni uterine come nel nostro caso sono potentissime ed efficaci e perciò sono tali da superare la resistenza del perineo lacerandolo e favorendo la fuoriuscita della testa dalla filiera pelvica senza arrecare il minimo danno alla vitalità del feto; oppure le contrazioni sono deboli e perciò insufficienti a far sì che la testa possa vincere la resistenza oppostagli dal perineo, ed allora succede l'inerzia uterina ed il feto è sottoposto ai pericoli dell'asfissia. In tutti e due i casi ci sembra che la condotta dell'ostetrico dev'essere subordinata ad un identico scopo, cioè quello di ottenere al più presto possibile la espulsione del feto, tanto per libe-

rare il piano perineale posteriore dalle forti pressioni fattegli dalla testa durante le energiche contrazioni uterine, quanto per liberare il feto da una barriera insormontabile fattagli in questi casi dal perineo, nei casi d'inerzia e di debolezza delle contrazioni uterine. Due mezzi possono far conseguire questo scopo, l'episiotomia e l'applicazione del forcipe. Il primo atto operativo tanto semplice quanto altrettanto utile può senza fallo impedire molte volte delle gravi ed estese lacerazioni perineali, e nei casi d'inerzia uterina occorre far succedere a questo l'applicazione del forcipe. Però affinchè riesca veramente vantaggioso bisogna che sia effettuato presto e prima che sul perineo si facciano degli smagliamenti, perchè in questo caso non servirebbe ad impedire la ulteriore lacerazione del perineo. Fu per questa ragione che credetti inutile tentare l'episiotomia nel nostro caso avendo veduto che nel centro del perineo si effettuava una smagliatura, e perciò stimai opportuno intervenire con un applicazione di forcipe. Una forte obiezione che si può fare a questo intervento a mano armata si è quello che il disimpegno della testa non potrà avvenire, se non facendo le trazioni molto in basso a seconda dell'asse dello stretto inferiore spostato dalla sua linea normale, per ottenere che l'occipite prenda punto d'appoggio sotto l'arcata del pube. Per questo fatto si avrà che la lesione del perineo e quella delle parti profonde saranno pure inevitabili anche con l'applicazione del forcipe. Ma quando si pensi che anche lasciando il parto alle sole forze della natura si corre il medesimo rischio, che in questi casi l'effettuazione del parto si rallenta sensibilmente e può anche arrestarsi se il perineo è molto resistente; crediamo sia sempre meglio diminuire gli effetti delle forti pressioni sulle parti molli, causa facile di gravi contusioni di escare gangrenose, di fistola retto-vaginale, che sia ottima cosa di opporsi all'inerzia uterina, nel caso manchino le contrazioni uterine, ed agire adoperando a preferenza il forcipe Tarnier con trazioni moderate e possibilmente nell'intervallo dei dolori approfittando dei momenti in cui il perineo è rilasciato, e in questo modo saremo certi di avere una lacerazione sempre più piccola, che quando sia lasciato il parto alle sole forze della natura. Le conclusioni di questa nota clinica sono le seguenti:

1.ª Che questa anomalia pelvica non suole portare serio ostacolo al compimento del parto, ma che invece ne modifica solamente il suo ultimo periodo.

2.ª Che la resultante delle contrazioni uterine obbliga la testa a portarsi in direzione dell'asse dello stretto inferiore spostato verso la parte posteriore del perineo.

3.ª Che per questa cambiata direzione della testa e per non potere avvenire l'impegno dell'occipite sotto la sinfisi pubica, il movimento di estensione si compie nella filiera pelvica, provocando delle pressioni considerevoli sulla re-

gione centrale e posteriore del perineo che cagionano gravi e profonde lacerazioni.

4.ª Che un pronto intervento chirurgico effettuato principalmente con la episiotomia e in certi casi seguito da una applicazione di forcipe darà delle lacerazioni molto più superficiali e meno estese che non lasciando il parto alle sole forze della natura.

5.ª Che se un lavoro di smagliamento sia già incominciato ad operarsi sul perineo, è utile ricorrere ad una immediata applicazione di forcipe; onde evitare pericolose pressioni e maggiori guasti sulla continuità del piano perineale.

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEGLI EFFETTI

CHE HA IN ALCUNI CASI

L'ANTISEPSI RIGOROSA FATTA DURANTE IL PUERPERIO

NOTA

del Dott. ERMANNO PINZANI

Aiuto Clinico e Libero Docente in Ostetricia e Clinica Ostetrica
presso la R. Università di Bologna.

In questi ultimi tempi, dacchè l'immortale Semmelweiss (1) richiamò l'attenzione dei medici sulla profilassi della febbre puerperale, molto si è parlato e molto si parla tuttora della antisepsi in Ostetricia, e perciò non sarà opera inutile il pubblicare, come faccio, un caso clinico che può prestarsi a qualche riflessione intorno all'argomento.

Il 19 aprile dell'anno scorso, verso le 4 pom., fui invitato di recarmi poco lungi da questo Spedale Clinico per visitare una donna in travaglio di parto. Giunto colà, seppi che ella era primipara, contava 24 anni ed attendeva ai lavori domestici. Seppi pure che trovavasi a termine di gravidanza, che il travaglio era insorto da circa 12 ore, che i dolori erano forti e frequenti e che ultimamente erano divenuti continui. Una vecchia levatrice che assisteva la paziente, mi annunziò che da quattro ore circa, avendo riscontrato coll'esplorazione vaginale il collo dell'utero completamente dilatato, aveva rotto il sacco delle acque, per cui ne era scolata discreta quantità di liquido, e continuava tuttora sott'ogni dolore ad uscirne qualche poco. Si noti intanto che la sacerdotessa di Lucina con un'ingenuità a tutta prova mi confessò che coll'esplorazione vaginale non era mai giunta a sentire una parte presentata, e che avanti di passare alla rottura artificiale delle membrane, non si era punto curata d'indagare coi mezzi esterni quale fosse la presentazione del feto.

Mi accingo all'esame e trovo che la donna è robusta, di statura bassa, con

---

(1) Semmelweiss. *Die Aetiologie der Begriff und die Prophilaxis des Kindbettfiebers*, Pest, 1861.

sviluppo scheletrico gracile, ma senza contorsioni di sorta e senza alcuna di quelle impronte che lascia dietro sè la rachite. È sana e racconta di non aver mai sofferto malattie. — All'ispezione del ventre si nota che questo non è molto prominente, ma lo è più sul lato destro che sul sinistro. — Colla palpazione si avverte che il fondo dell'utero dista due dita dall'apofisi xifoide, che il suo corpo è deviato verso destra un po' più dell' ordinario, che ha una forma ovoidale e che è di quel volume che suole osservarsi nelle donne a termine. Le pareti della matrice sono strettamente addossate sul feto e permanentemente contratte: si può argomentare che il liquido amniotico sia uscito in totalità. In parte sulla regione ipogastrica e in parte sull'iliaca sinistra si sente un tumore coi caratteri del capo: non si può distinguere colla palpazione da che lato sia volto il dorso fetale per lo stato di permanente contrazione uterina. Premendo anche leggermente sul corpo della matrice, si provoca vivissimo dolore. — All' ascoltazione addominale si percepisce distintissimo e forte il battito cardiaco del feto, col massimo d' intensità a livello dell' ombelico e un po' a sinistra di esso. Non si odono altri rumori. — Passando all'esplorazione vaginale, avverto l'orificio della vagina stretto e poco molle, il perineo rigido, tutto il canal vaginale poco ampio, poco cedevole e con pareti resistenti. Il collo dell' utero presenta una dilatazione di circa 5 centimetri di diametro, e pende flaccido in vagina. Esplorando col solo indice non si giunge a sentire alcuna parte fetale, ma adoperando l'indice e il medio, e dirigendo queste due dita verso la fossa iliaca sinistra, si arriva a toccare la testa, e precisamente una superficie dura, una specie di bozza, dietro la quale, un po' verso destra, si sente la fontanella bregmatica. A destra poi tra il bacino e la testa vi è un largo spazio, in cui penetrerebbe quasi una mano intera. Il ballottamento del capo è quasi nullo.

Venendo all'esame della pelvi, trovo le distanze fra le creste, fra le spine e fra i trocanteri minori del normale, come pure minore del normale trovo il diametro di Baudelocque. Coll' esplorazione vaginale riscontro stretta l' arcata pubica, le tuberosità ischiatiche piuttosto ravvicinate, la coniugata obliqua ridotta a cent. 10,75. Per questi fatti sospetto che si tratti di un bacino generalmente e regolarmente ristretto.

Mi do subito cura di combattere la contrazione permanente dell' utero e la posizione obliqua del feto: alla prima indicazione sopperisco con clisteri laudanati (Pr. di Laudano liq. Sydenham gr. 2, acqua gr. 100, da dividersi in due clisteri); alla seconda col far giacere la donna sul fianco sinistro.

Tornai presso la paziente verso le 8 pom., e seppi che dopo i clisteri ella aveva goduto una certa calma, e che da circa un'ora erano di nuovo incominciate le contrazioni. All'esame trovai le cose alquanto mutate: l' utero era più molle e potei sentire colla palpazione che il dorso fetale era volto anteriormente

a sinistra. Coll'esplorazione avvertii che la testa si era un poco centralizzata ed abbassata, per cui poteva essere benissimo raggiunta dalle dita, colle quali si distingueva una bozza parietale verso il centro dello stretto superiore, e posteriormente e molto in alto la sutura sagittale nella direzione del diametro obliquo sinistro. Si trattava evidentemente di presentazione inclinata del vertice. Nello stesso tempo il capo si era posto a contatto col collo dell'utero, ma non aveva preso impegno alcuno collo stretto superiore. Era scomparso quello spazio vuoto or ora notato tra la parete destra del bacino e la testa. Il collo dell'utero presentava lo stesso grado di dilatazione. Feci rimettere la donna sul fianco sinistro, e in vista dei buoni risultati ottenuti credei prudente attendere ancora.

Riesaminai la donna verso le 10 $^1/_2$ della sera e trovai che il collo dell'utero si era quasi del tutto dilatato, la testa si era sempre più centralizzata, aveva preso un debole impegno collo stretto superiore e su di essa si andava formando il tumore di parto, il quale impediva di sentire la regione che si trovava al centro del bacino, ma che poteva supporsi fosse sempre il parietale destro, toccandosi ancora all'indietro e molto in alto la sutura sagittale. Le contrazioni dell'utero si erano fatte debolissime e rare. La donna era spossata, chiedeva soccorso con insistenza, per cui credei prudente di agire. Allora applicai il forcipe Simpson, guidando con una mano sola ambedue le cucchiaie, che vennero portate ai lati del bacino. Con lunghi e frequenti intervalli di riposo furono continuate le trazioni per circa tre quarti d'ora, però inutilmente, poichè il capo non solo non discese, ma quasi si liberò da quel po' d'incastro che aveva preso prima collo stretto superiore. In tutto questo tempo la donna non avvertì una sola doglia. Cavate le cucchiaie, provai di applicare la leva di G. B. Fabbri per lo stretto superiore, l'introdussi lungo la sinfisi sacro-iliaca sinistra e quindi la condussi dietro il pube, ma alla prima trazione l'istrumento scivolò e lasciò la presa. Vedendo allora che era necessario passare a processi operatori più gravi, e riconoscendo che l'ambiente era angusto e sprovvisto di tutto il necessario, consigliai la donna a farsi condurre in Clinica Ostetrica, ove più comodamente ed efficacemente si sarebbero potuti riprendere i maneggi operatori. Fu accolto il mio consiglio, e la paziente trasportata con ogni riguardo sopra una lettiga, entrò in questo stabilimento alla 1 della notte.

Invitai allora il chiarissimo Direttore e mio Maestro, il Prof. Massarenti, di venire ad esaminare la donna. Egli tosto aderì all'invito, ma giudicò non opportuno sottoporla nel momento a nuove operazioni, poichè eransi rianimati i dolori e il rumore a doppio battito mantenevasi regolare e distinto, mentre faceva qualche assegnamento sul maggiore impegno del capo nello stretto superiore, stimando che così, cominciatasi dalla natura la riduzione della testa fetale, poteva essere compita più agevolmente dall'arte, qualora questa

avesse dovuto intervenire. Nel resto della notte e nella mattina la paziente si mantenne pressochè nelle medesime condizioni: aveva doglie, ma non tanto frequenti nè assai forti. Visitata di nuovo alle 9 ant. del 20, si trovò che il tumore di parto era enormemente aumentato e che la testa erasi incastrata alquanto, talchè si differì ancora ogni intervento operatorio. Ma poi non vedendosi nelle ore che seguirono alcun notevole progresso, la vulva, la vagina e il collo dell' utero essendosi intanto molto gonfiati e divenuti di colore scuro, la donna essendo addoloratissima, la temperatura ascellare essendo salita a 38°,9, il Prof. Massarenti verso le 2 $^1/_2$ pom. decise di agire, e riapplicò il forcipe Simpson sempre colla guida di una mano sola. Si fecero trazioni ripetute dirette in basso, ma tutto indarno, la testa non si mosse dal luogo ove trovavasi. Riapplicò allora la leva di G. B. Fabbri collo stesso metodo da me seguito, ed a lungo fece tentativi con essa, ordinando a me di trarre in basso con forza il collo di tale istrumento, mentre egli con ambe le mani afferratone il manico, lo traeva in alto. Malgrado tali maneggi energici e prolungati nulla si ottenne, talchè si decise di passare alla craniotomia, sebbene tuttora (sempre nella sede suindicata) si ascoltasse il rumore a doppio battito. Allora il Prof. Massarenti introdusse in vagina un grosso *speculum* di Cusco, da lui fatto costruire di grandi dimensioni per usi ostetrici, e così messa sotto il dominio della vista la testa fetale, v'impiantò le forbici di Smellie, e con esse cercò di rompere e spappolare il cervello: uscì dai genitali una certa quantità di sostanza cerebrale. Tolto lo *speculum*, applicò il tirateste di Assalini, ma indarno, che questo dopo sforzi un po' notevoli lasciò la presa. Intanto con pinzette da medicatura uterina si estrasse qualche scheggia di osso che si era fatta prominente e poteva offendere i genitali materni, mentre continuamente fluiva sostanza cerebrale. Nella vagina e da ultimo nel cranio fetale si erano praticate iniezioni col sublimato corrosivo al millesimo negli intervalli tra un atto operatorio e l' altro. Si tentò di riapplicare il forcipe Simpson, ma non si riuscì che ad introdurre la cucchiaia sinistra, poichè la destra era arrestata dal cuoio capelluto, che staccato dal cranio incappucciava il morso e ne impediva la progressione. Si ritentò l' applicazione della leva di G. B. Fabbri, ma questa lasciò la presa. Infine si riuscì ad applicare il forcipe Simpson colla guida di una mano sola, portando le cucchiaie ai lati del bacino, e questa volta con effetto, poichè con non forti trazioni potè estrarsi la testa fetale. E si noti che sebbene il forcipe si mantenesse colla concavità della curva pelvica volta al pube e non si sentisse la testa ruotare tra le cucchiaie dell' istrumento, pure questa uscì coll' occipite direttamente in avanti, dal che si può indurre che ultimamente si aveva che fare con una posizione occipito-anteriore diretta. Si uncinò quindi col dito l'ascella volta a sinistra, si condusse posteriormente e si estrassero le spalle ed il resto del

feto. Le secondine furono cavate subito dopo, introducendo la mano nell'utero. L'operazione fatta in Clinica durò circa due ore, il travaglio trentasei. Esaminando gli organi genitali dopo l'operazione, si vide che la vagina e il collo dell'utero erano ovunque contusi e profondamente lacerati, che il perineo era rotto fino allo sfintere anale e che la vulva era molto malconcia e in più parti lacerata massimamente verso la sua commessura anteriore. Si praticò allora un'irrigazione endo-uterina con 3 litri di una soluzione di sublimato corrosivo all' 1 per 1000 ed a 30° C., e si medicarono la vulva e la parte inferiore della vagina con iodoforme polverizzato, e si applicarono contro i genitali pezzi di ovatta fenicata imbevuta nella detta soluzione, e al disopra una pezzuola bagnata nel liquido indicato.

Il feto era di sesso maschile, a termine, molto sviluppato, presentava sul capo in corrispondenza della piccola fontanella una vasta apertura. Il cranio era vuoto, le sue ossa accavallate. Il bambino pesava chgr. 3,100 ed offriva le seguenti dimensioni: lunghezza dal vertice all'ombelico cent. 28; lunghezza dall'ombelico ai calcagni cent. 27; diametro occipito-mentale cent. 12; diametro occipito-frontale cent. 10; diametro biparietale cent. 9,5; diametro sottocipito-bregmatico cent. 8,5; diametro mento-frontale cent. 9; diametro bitemporale cent. 8. — Le secondine erano in istato normale, pesavano gr. 620, il cordone era lungo 48 centimetri.

La donna dopo l'operazione si trovava in condizioni pessime: il termometro all'ascella segnava 38°,5, il polso era filiforme e frequentissimo, l'utero era flaccido, l'abbattimento era grave. Per questi fatti, per i lunghi e svariati maneggi eseguiti, per le condizioni del canal genitale tutti i presenti convennero col Prof. Massarenti che la paziente era perduta. Allora pregai il gentile mio Maestro di permettere che io adoperassi in essa durante il puerperio una cura antisettica molto più energica del solito, il che facilmente ottenni e praticai nel modo che dirò più sotto, essendomi stata data assoluta libertà di agire. Intanto si isola completamente la donna, alla cui assistenza vengono preposte le allieve levatrici, che in questo tempo non hanno altre incombenze; s'inculca loro la massima pulizia, e rigorosamente si sorveglia perchè esse non vengano meno a questa raccomandazione. Un polverizzatore agisce a permanenza, nebulizzando acqua fenicata al 10 %. Ogni ora viene fatta un'irrigazione vaginale di circa 2 litri di soluzione di sublimato corrosivo al millesimo: ogni mezz'ora viene cambiata la medicatura ai genitali. Si applica una vescica di ghiaccio sul ventre e si somministrano eccitanti forti e segala cornuta (gr. 2).

La mattina seguente (21 aprile) la temperatura ascellare è scesa fino a 37°, le pulsazioni sono 96, i respiri sono 24. Il polso è più debole della sera innanzi: la donna si lagna di dolori alla vulva che è tumida e di aspetto nerastro. Ha

singhiozzo, ma questo esisteva anche prima del parto, e dicono i parenti e ripete la donna che le è abituale fin dal principio della gravidanza. La paziente è stata sempre siringata, la quale operazione riesce difficilissima stante il gonfiore e la contusione della vulva. L'utero è alto e giunge due dita sopra l'ombelico. I lochi sono sanguinolenti, normali. Il ventre è tumido, pochissimo trattabile; il morale della donna è tutt'altro che abbattuto. Si continua nella stessa cura: si pennella la superficie delle lacerazioni perineo-vulvari col collodion. — Alla sera il *maximum* della temperatura è 37°,5 il *minimum* 37°, le pulsazioni sono 104, i respiri 24. Continuano le stesse condizioni. La donna ha di più qualche dolore addominale. Medesima cura se si eccettuano le pennellature col collodion.

22 Aprile (2ª giornata di puerperio). Nelle ore mattutine la temperatura discende fino a 36°,8 e sale fino a 37°,5, le pulsazioni sono 88, i respiri 24. È sopraggiunta diarrea forte con dolori addominali: una volta la donna ha vomitato dopo lunga nausea, ha urinato da sè; la vulva è meno tumida. Nella notte la paziente ha accusato lieve senso di freddo ai piedi: i lochi sono sanguinolenti: il fondo dell'utero giunge all'ombelico. Nel resto continuano le stesse condizioni. La cura è la medesima; vi si aggiunge la somministrazione di 18 goccie di laudano Sydenham e l'applicazione di bottiglie d'acqua calda ai piedi. — Alla sera temperatura minima 37°,2, temperatura massima 37°,5, pulsazioni 112, respiri 24. Stesse condizioni; le materie reiette per l'intestino contengono qualche po' di sangue rosso vivo; non è comparso più il vomito. Anche nella giornata ha accusato senso di freddo alla metà inferiore del corpo. Si esaminano le orine che sono scarse ed hanno un peso specifico di 1030, e vi si trova discreta copia di albume e qualche traccia di sangue. Si prosegue nella stessa cura, si danno altre 12 gocce di laudano per la via dello stomaco, e 2 grammi di acido tannico in soluzione per clistere.

23 Aprile (3ª giornata). Nelle ore mattutine la temperatura oscilla fra 36°,9 e 37°,4, le pulsazioni sono 104, i respiri 24. Medesime condizioni; però il polso è un po' meno debole, l'ammalata accusa dolori fissi alla regione iliaca sinistra. Stessa cura; si prescrivono polveri di acido tannico (gr. 2), magistero di bismuto (gr. 4) e oppio (centigr. 10). — Alla sera la temperatura massima è 38°,1, la minima è 37°,2, le pulsazioni sono 112, i respiri 24. Nella giornata la paziente ha avuto lieve senso di freddo. Alle condizioni solite si aggiungono i fatti seguenti: la superficie delle lacerazioni offre qualche punto biancastro, dopo il mezzogiorno si è avuto un deliquio di breve durata, colle lavande vaginali escono pezzi di tessuto necrosato. Il fondo dell'utero è poco al disotto dell'ombelico: i lochi sono siero-sanguinolenti non fetidi. La donna continuamente viene siringata, la quale operazione provoca grave bruciore nell'uretra. Medesima cura.

Durante il deliquio si fanno due iniezioni sottocutanee di etere solforico. Le lavande vaginali si fanno sempre ogni ora, ma s'incomincia ad usare una soluzione di sublimato dell'1 in 2000. Si cauterizza la vulva e la vagina con tintura alcoolica di iodio. Si somministra alla donna un infuso di caffè, si sospende la segale cornuta.

24 Aprile (4ª giornata). Alla mattina la temperatura è al *maximum* 38°, al *minimum* 37°,5, le pulsazioni sono 112, i respiri 24. Forte bruciore ai genitali: null'altro di nuovo: medesima cura. — Alla sera la temperatura varia tra 37°,5 e 37°,2, pulsazioni 112, respiri 24. Scompare il sangue nella diarrea; i lochi sembrano un po' fetidi; è comparsa una gengivite. Nel resto nulla di cambiato. Si aggiunge alla cura solita un collutorio di clorato di potassio.

25 Aprile (5ª giornata). Nelle ore mattutine la temperatura sale fino a 37°,7 e discende fino a 37°, le pulsazioni sono 112, i respiri 24. Alito fetentissimo; gengive molto gonfie; diarrea diminuita; bruciore ai genitali scemato; polso molto più sensibile e meno piccolo dei giorni scorsi. Il fondo dell'utero è un dito sotto l'ombelico; i lochi sono siero-sanguinolenti e non hanno cattivo odore. Colle lavande vaginali escono pezzi molto estesi di tessuto necrosato. La vulva va sempre detumefacendosi. Medesima cura. — Alla sera la temperatura massima è di 38°,4, la minima di 37°,3, le pulsazioni sono 120, i respiri 24. L'ammalata è melanconica e piange, non ha avuto brividi; il palato molle è arrossato. Si prosegue colla stessa cura.

26 Aprile (6ª giornata). Nella mattina la temperatura è di 37°,4 al *maximum*, e di 37° al *minimum*, le pulsazioni sono 112, i respiri 24. La melanconia è scomparsa, però la donna di quando in quando rimane senza parola colle mandibole fortemente serrate. Questo stato dura per qualche secondo. Il fondo dell'utero giunge due dita sotto l'ombelico; il viscere è dolentissimo alla pressione; i lochi sono sierosi non fetidi. Tutta la vulva e tutta la vagina sono coperte di un grosso strato di tessuto gangrenato: continua ad uscire nelle lavande acqua torbida con abbondanti pezzi di tessuto necrosato: la siringatura è sempre difficile e dolorosissima. Nel resto identiche condizioni. Medesima cura. — Alla sera la temperatura oscilla fra 38° e 37°, le pulsazioni sono 120, i respiri 24. Il dolore alla fossa iliaca sinistra è scemato molto; la lingua è piena di piccole eminenze lenticolari. È comparsa la secrezione lattea: mammelle turgide e dure. Null'altro di nuovo. Stessa cura.

27 Aprile (7ª giornata). Nelle ore mattutine la temperatura sale fino a 37°,7 e scende fino a 37°,2, le pulsazioni sono 112, i respiri 28. Mammelle meno tese. Eritema alle natiche. Nel resto identiche condizioni. Medesima cura; solo dopo la lavanda vaginale s'introduce in vagina un tampone di cotone fenicato spalmato con pomata all'iodoforme. — Alla sera la temperatura massima è di 38°,5 la minima di 37°,5, le pulsazioni sono 110, i respiri 24. Nulla di diverso.

28 Aprile (8ª giornata). Nella mattina la temperatura varia tra 37°,6 e 37°,2, le pulsazioni sono 110, i respiri 24. Mammelle meno tese: diarrea e dolori addominali diminuiti: fondo dell' utero 3 dita sotto l' ombelico; ventre meno dolente alla pressione; lochi scarsi muco-purulenti non fetidi: continua il distacco di grossi brandelli di tessuto necrosato: l'alito è meno fetente: le gengive sono meno gonfie. Medesima cura. — Alla sera la temperatura raggiunge 37°,5 e discende a 37°,3, le pulsazioni sono 120, i respiri 24. È tornata la diarrea frequente. Nulla di cangiato nella cura.

29 Aprile (9ª giornata). Nella mattina la temperatura massima è 37°,6, la minima 37°, le pulsazioni sono 96, i respiri 24. Medesime condizioni e medesima cura. — Alla sera la temperatura raggiunge 38°,5 e discende fino a 38°, le pulsazioni sono 108, i respiri 24. L'ammalata ha un po' di freddo senza tremito: continua leggermente il dolore alla fossa iliaca sinistra; la diarrea è sempre frequente. Stessa cura.

30 Aprile (10ª giornata). La temperatura delle ore mattutine è di 37°,6 al *maximum* e di 37° al *minimum,* le pulsazioni sono 128, i respiri 26. Il fondo dell' utero è a 3 dita sul pube; il viscere è pochissimo dolente; i lochi sono muco-purulenti non fetidi; il dolore alla fossa iliaca sinistra è molto diminuito; il ventre si è detumefatto assai; seguita il bruciore alla vulva; le mammelle sono meno tese. Nella regione sacrale incomincia in qualche punto a distaccarsi l' epidermide; si medica coll'iodoforme. Medesima cura. — Alla sera la temperatura raggiunge 37°,6 e si abbassa fino a 37°, le pulsazioni sono 120, i respiri 24. Nulla di nuovo.

1 Maggio (11ª giornata). La temperatura nella mattina oscilla tra 37°,4 e 37°, le pulsazioni sono 120, i respiri 24. Nulla di diverso. Si somministra 1 grammo di bisolfato di chinina. Alla sera la temperatura varia tra 38° e 37°,6, le pulsazioni sono 120, i respiri 24. Dopo una lavanda vaginale la donna accusa un fortissimo dolore all' ipogastrio irradiantesi alla regione lombare e alle coscie e assomigliantesi alle doglie del parto: si somministra un po' di laudano (goccie 12) e tutto svanisce. Del resto medesima cura.

2 Maggio (12ª giornata). Alla mattina la temperatura massima è 38°,4, la minima 37°,5, le pulsazioni sono 108, i respiri 24. La vagina e la vulva incominciano a mostrare il color rosso delle granulazioni, ma sono d'aspetto vellutato per filamenti di tessuto necrosato penzolanti. Le pareti della vagina sono molto dure, l'utero è immobile. Le irrigazioni s'incominciano a fare ogni 2 ore, e si sostituisce alla soluzione di sublimato una di solfato di rame al centesimo: col medesimo liquido vengono imbevuti il cotone fenicato e i panni applicati contro la vulva. Tanto il cotone quanto i panni vengono cangiati ogni ora. Nel resto si seguita colla stessa cura: però non si usa più il bisolfato di chinina. —

Alla sera la temperatura oscilla fra 38°,5 e 38°, le pulsazioni sono 120, i respiri 26. È comparsa alla coscia destra un po' d'orticaria: la diarrea seguita, ma è molto diminuita, le mammelle sono flaccide: l'ammalata suda: i lochi sono di colore rosso sporco, non fetidi: alla coscia sinistra e al lato sinistro del tronco si è esteso l'eritema. Medesima cura. Le iniezioni di solfato di rame provocano forte bruciore: seguita il distacco.

Di poi le condizioni sono andate sempre migliorando, però seguitando l'uscita di un liquido rosso bruno e denso dai genitali, si fa in 15ª giornata di puerperio una lavanda endo-uterina con una soluzione di solfato di rame all'1 %, col qual mezzo escono grumetti neri e brandelli di tessuto necrosato. In questa occasione fatta l'esplorazione vaginale risulta che la vagina è dura ed ha tendenza a restringersi, che in corrispondenza dei fornici si sente un tessuto duro, anzi durissimo, che nella parete vaginale in alto ed a destra si riscontra un piccolo foro circondato da un cercine duro, e che infine il collo dell'utero è brevissimo, deviato a sinistra ed il corpo è immobile. Introdotto uno *speculum* bivalve si vedono il collo uterino e la vagina quasi completamente rossi e coperti di belle granulazioni: lo stesso aspetto ha la vulva. Il bruciore ai genitali è andato sempre diminuendo, così pure il dolore alla fossa iliaca sinistra, dove palpando profondamente si avverte un vero tumore duro. Il ventre si è a poco a poco del tutto detumefatto. In 20ª giornata si trova il foro della parete vaginale alquanto ristretto, si cerca di sondarlo con una candeletta di cera, ma questa non si approfonda più di mezzo centimetro. In 21ª giornata dopo una lavanda vaginale la donna avverte gli stessi fenomeni che si ebbero a notare il 30 Aprile. In 24ª giornata introdotta una sonda nell'utero, si riconosce che la sua cavità è lunga cent. 10 ½. L'eritema è andato sempre diminuendo e ben presto è guarito, come ben presto è guarita la stomatite. L'orticaria da prima si diffonde a tutto il corpo, e non svanisce del tutto che in 17ª giornata. La diarrea pure va scemando fino a scomparire del tutto. Ben presto la donna può orinare spontaneamente e senza bruciore: l'orina esaminata in 22ª giornata di puerperio dà risultati normali. La donna lascia l'Ospedale in 28ª giornata quando il processo di cicatrizzazione della vulva, della vagina e del collo dell'utero è abbastanza avanzato, quando il fondo dell'utero è poco sopra il pube, quando il dolore al ventre è del tutto scomparso, quando il tumore della fossa iliaca sinistra è diminuito, e quando il foro della parete vaginale è molto ristretto. — La temperatura dalla 13ª fino a tutta la 18ª giornata di puerperio arrivò o superò 38°: essa oscillò tra 36°,9 e 38°,5, le pulsazioni variarono tra le 92 e le 130, i respiri tra i 24 e i 30. — La cura fu presso a poco la suindicata con qualche variazione. Si sospese la somministrazione del tannino, del bismuto e dell'oppio, in 13ª giornata s'incominciarono a fare le lavande vaginali ogni 3 ore sempre

con una soluzione di solfato di rame al centesimo fino alla 16ª, quando s'impresero a fare tali lavande solo quattro volte al giorno col solfato di rame al 0,5 %. In 15ª giornata, come ho detto, fu fatta una lavanda endo-uterina con lo stesso sale in soluzione al centesimo. In 17ª giornata si applicò un vescicante volante sulla regione iliaca sinistra. Avendo la vagina nel periodo di cicatrizzazione tendenza alla stenosi, s'incominciò in 15ª giornata ad introdurre in essa uno *speculum* bivalve, cercando di dilatarlo; ciò che si ripetè ogni giorno. Ciascuna volta che si fa la lavanda, si mette in vagina allo stesso scopo un grosso tampone di ovatta fenicata spolverato con iodoforme. — Come epicrisi dell'andamento del puerperio riferirò la diagnosi notata nella cartella: gangrena traumatica della vulva, della vagina e del collo dell'utero, pelvicellulite, piccolo ascesso aperto presso il fornice destro, idrargirismo.

Pochi giorni fa ho rivisto la donna, ed ho trovato la vulva ampia; una vasta cicatrice esiste alla commessura posteriore; il piccolo labbro sinistro è diviso verso la sua metà; la mucosa del vestibolo è sostituita da tessuto cicatrizio: la vagina è molto raccorciata; due vaste cicatrici decorrono lungo le parti laterali e verso i fornici s'irradiano. Questi sono appianati. L'utero è basso, un po' retroverso, immobile: il suo collo è molto breve e solcato da profonde e numerose cicatrici. Sondando l'utero si riscontrano gli orifici e il canal cervicale d'ampiezza normale, ma la cavità uterina un po' abbreviata.

Sui fatti suaccennati si possono fare alcune riflessioni. Ma innanzi tutto sento il dovere di ringraziare il mio chiarissimo Maestro, il Prof. Massarenti, che gentilmente mi diede, come ho detto, piena libertà di agire e di poi mi permise di pubblicare la presente storia, e così pure sento il dovere di chiedere venia al cortese lettore, se l'ho annoiato con tutti i dettagli precedenti, che potrebbero parere inutili e tediosi. Ma io ho pensato che la loro conoscenza potesse essere vantaggiosa a quelli che si troveranno in presenza di fatti simili, ed è perciò che mi son perduto a narrare tanti particolari, persuaso che in tali casi la vera garanzia del successo sta nelle cure minuziose e nell'attenta sorveglianza di tutti gli accidenti. « La prolixité apparente, afferma Doleris, est une garantie de l'observation scrupuleuse; c'est à cette condition seulement que la lecture en peut être fructueuse. » (1).

Ma tornando a bomba, e venendo alle riflessioni che si possono fare sul caso in esame, mi limiterò ad accennare solamente di volo che in esso si ebbe ad osservare quella certa indeterminatezza e mutabilità nella direzione del diametro sagittale rispetto ai diametri dello stretto superiore, come ha fatto rilevare

---

(1) R. Labusquière. *Des ruptures utérines, ecc.*, Paris, 1884, pag. 89.

Michaelis (1) avvenire nel bacino egualmente e regolarmente ristretto, e come ha osservato due volte Litzmann (2) in tali vizi pelvici. Di fatti ho detto da prima che la sutura sagittale fu sentita nella direzione del diametro obliquo sinistro, e che nel momento dell'estrazione si vide uscire l'occipite dietro il pube senza che il forcipe applicato ai lati del bacino subisce alcun movimento di rotazione, nè il capo girasse tra le cucchiaie di questo istrumento. Forse a produrre questo cangiamento di posizione siamo concorsi noi colle ripetute applicazioni di forcipe e della leva? Può essere; però non abbiamo tanto in mano per dare una risposta certa.

E vengo a dirittura a far notare quello che più m' interessa, vale a dire l'andamento del puerperio. Certo chi ha seguito attentamente la lettura della storia clinica su riferita, e tanto meglio chi fu presente a tutto il travaglio e a tutti i maneggi operatori, si sarebbe aspettato ben altro esito. Di fatti si consideri che senza contare la craniotomia e l'uso del tirateste, quattro volte fu applicato o fu tentato di applicare il forcipe, tre volte fu applicata la leva e furono fatte con tali istrumenti trazioni molto energiche. Si consideri che tutti i maneggi operatori durarono complessivamente circa 3 ore, e che il travaglio ne durò 36. Si consideri che nel bacino uniformemente e generalmente ristretto grandi sono i pericoli della compressione prolungata delle parti molli, come risulta dalle seguenti parole di Litzmann: « Dovete sempre por mente al pericolo che deriva dallo schiacciamento più o meno intenso dell'intero tratto delle parti molli del bacino, il quale cresce naturalmente colla durata della pressione. Tale pericolo si riconosce durante il parto dal gonfiamento del segmento inferiore dell' utero, della vagina, dei genitali esterni, dai dolori del bacino perduranti oltre la doglia e sovente accompagnati da sentimenti d' indolenza e paralisi di una gamba, infine dall'impedita evacuazione delle orine. Oltre a questi fenomeni locali, osserverete nella partoriente il grado della temperatura, il quale fornisce un ottimo criterio per apprezzare l' intensità del trauma cagionato dal parto. » (3) Si consideri che questi segni di schiacciamento esistevano quasi tutti nel nostro caso, e che in realtà pel fatto del parto si ebbe una gangrena della vulva, della vagina e del collo dell'utero. Si consideri che vaste e profonde lacerazioni esistevano in tutto il canal genitale, e si consideri infine che per soprassello in quel tempo infieriva nello stabilimento un' epidemia di febbre puerperale, per cui esso poteva dirsi pressochè uno stabilimento mortuario. Per tutto questo

---

(1) Michaelis. *Das enge Becken,* Leipzig, 1851.

(2) Litzmann. *Intorno all'influenza che esercitano sul parto le singole forme di bacino ristretto* (Raccolta di Conferenze Cliniche di Volkmann, N. 90, Traduzione italiana, pag. 902).

(3) Litzmann. Loc. cit., pag. 910.

giustamente, credo, si poteva pensare che la povera donna o in brev'ora avrebbe cessato di vivere o almeno sarebbe andata incontro a forme puerperali gravissime. E questo giudizio non era del tutto aprioristico, poichè pochi giorni prima in una sventurata, nella quale si ebbe ad osservare un bacino leggiermente piatto ma non rachitico e la presentazione frontale con retrazione del cercine di contrazione sul collo del feto, nella quale furono praticati maneggi operatori analoghi, e nella quale si produssero lesioni simili, la morte sopraggiunse in seconda giornata di puerperio per peritonite settica. Ma invece nella donna in esame le cose andarono in modo ben differente: il puerperio decorse con fenomeni relativamente miti, la temperatura non salì mai sopra 38°,5, poche volte raggiungendo questo grado, e, in 28ª giornata la paziente lasciò l' Ospedale in buonissime condizioni di salute. Da che dipende questo buon esito? Certo dalla cura rigorosamente antisettica impiegata durante il puerperio. E sono convinto che se tal genere di cura non fosse stata posta in uso, la povera donna avrebbe seguite le sorti dell' altra di cui or ora ho parlato, nella quale per tutta cura antisettica nel puerperio si era praticata una iniezione endo-uterina di acqua fenicata tiepida al 3 % *post partum*, e si erano di poi fatte due lavande vaginali al giorno con lo stesso liquido. Di fatti nel nostro caso non mancavano certo negli organi genitali parti mortificate tendenti a decomporsi sotto l' influenza del calore proprio del corpo, nelle quali, adoperando le parole di Schröder, « i germi dell' aria trovano le condizioni favorevoli per moltiplicarsi, per eccitar presto la putrefazione e per fare isvolgere prodotti virulenti. » (1) E chiaro apparisce che noi colla cura rigorosa antisettica, e massime colle lavande vaginali ripetute frequentissimamente, abbiamo uccisi questi germi o almeno abbiamo creato condizioni non favorevoli al loro sviluppo.

Non torno a descrivere il modo come feci questa cura antisettica, poichè molto diffusamente ne ho parlato: solo dirò che essa fu presso a poco quella che Tarnier (2) nella sua lezione d' apertura disse seguire nei casi di rottura d'utero o di traumatismi enormi, riferendo che per tal mezzo su quattro casi di lacerazione della matrice egli ebbe tre guarigioni! Dirò pure che la cura antisettica fu fatta soprattutto col sublimato corrosivo e col solfato di rame. In quanto al primo antisettico esso fu il preferito, e non si ricorse al secondo che quando alcune condizioni riscontrate nella nostra puerpera controindicarono l'uso del primo. E di fatti dovendosi adoperare un trattamento molto energico, *poussé a outrance*, come dice l'illustre Clinico Parigino summentovato, era necessario che ricorressimo al sublimato corrosivo che massime per gli esperimenti di

---

(1) C. Schröder. *Manuale d' Ostetricia*, Traduzione italiana con prefazione ed aggiunte di D. Tibone, Milano, 1883, pag. 737.

(2) Tarnier. *Leçon d'ouverture* (*Annales de Gynécologie*, Avril, 1884).

Bucholtz, Kühn, Haberkorn, Wernitz, Jalan de la Croix, Krajewscky, Koch, Marcus, Pinet, Miquel, Sternberg, Leonardi, ecc., sta tra i primi antisettici, e che per l'esperienza clinica di Tarnier, di Chiara, di Morisani, di Kehrer, di Hegar, di Schatz, di Kaltembach, di Negri, di Bergmann, di Lucke, di Schröder, di Fuhrmann, ecc., viene riscontrato utilissimo nella pratica. E si noti che non ostante si lavasse l'utero subito dopo il parto con 3 litri di soluzione di sublimato, e quindi si facessero ogni ora iniezioni vaginali con circa 2 litri della stessa soluzione per undici giorni consecutivi, comparvero solo deboli fenomeni d'idrargirismo e non si ebbero le forme gravi d'avvelenamento coi sintomi descritti da Stadfeld (1), Bokelmann (2), Stenger (3), Mäuer (4), Max Elsässer (5), Wöhtz (6), ecc. E non si usarono già deboli soluzioni, come fanno Kehrer e Badlehner (7), Winter (8), Leopold (9) ed altri, poichè nei primi tre giorni di puerperio si adoperò una soluzione all'1 in 1000, e nei giorni successivi una all'1 in 2000. E se non comparvero fenomeni gravi d'avvelenamento, ciò secondo me dipende da che la lavanda endo-uterina con soluzione di sublimato fu fatta solo una volta e subito dopo il secondamento, poichè mi è capitato spesso di vedere insorgere fenomeni un po' più gravi d'avvelenamento di quelli che mi fu dato di osservare nella donna in esame, praticando anche una sola iniezione con una soluzione del sale mercuriale all'1 in 2000, quando però essa era fatta nell'utero e qualche giorno dopo il parto. Da quanto ho detto si vede che punto non badammo ai leggieri fenomeni di mercurialismo che comparvero nella nostra donna, poichè non ostante la loro presenza continuammo nell'uso del sublimato corrosivo e non lo sospendemmo che quando per l'eritema prodotto da questo sale minacciava la gangrena cutanea. Fu allora solo che dietro i risultati ottenuti da alcuni sperimentatori, e dietro i risultati dell'esperienza ostetrica ottenuti da Charpentier (10) si sostituì al sublimato il solfato di rame.

---

(1) A. Stadfeld. *Sind als Desinficiens in der Geburtshilfe Sublimatlösungen der Carbolsäure vorzuziehen?* (*Centralblatt für Gynäkologie*, N. 7, 1884).

(2) W. Bokelmann. *Operation eines Scheiden und Mastdarmvorfalles, Sublimatintoxikation, etc.* (*Central. f. Gyn.*, N. 11, 1884).

(3) A. Stenger. *Ein Fall von Sublimatintoxikation in Wochenbett* (*Central. f. Gynäkologie*, N. 13, 1884).

(4) Mauer. *Zur Sublimatintoxikation* (*Central. f. Gyn.*, N. 17, 1884).

(5) Max Elsasser. *Sublimatvergiftung in Wochenbett* (*Central. f. Gyn.*, N. 29, 1884).

(6) G. C. Wöhtz. *Sublimatvergiftung durch intra-uterine Iniektion nach Abort* (*Central. f. Gyn.*, N. 31, 1884).

(7) *The American Journal of Obstetrics*, New-York, aprile, 1884.

(8) Winter. *Gegen die übermässige Sublimatdesinfection in der Geburtshilfe* (*Central. f. Gyn.*, N. 43, 1884).

(9) G. Leopold. *Ueber den Gebrauch schwacher Sublimatlösungen in der Geburtshilfe* (*Central. f. Gyn.*, N. 46, 1884).

(10) A. Charpentier. *De l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique* (*Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, avril, 1884, pag. 219).

Sebbene con soluzioni di questo sale al centesimo si facesse un'irrigazione endouterina in 15ª giornata di puerperio, e si praticassero continuamente ogni due ore lavature vaginali dalla 12ª fino alla 16ª giornata, sebbene di poi con soluzioni al 0,5 % si facessero iniezioni in vagina quattro volte al giorno sino alla 28ª, pure non si ebbe ad osservare alcunchè di dannoso, ma solo un miglioramento rapido e incontestabile. Unico inconveniente dell'uso del solfato di rame si è il bruciore grande che provoca, proprietà però che ha comune con moltissimi, anzi con quasi tutti gli antisettici. Solo due volte dopo praticate lavature vaginali (una volta con soluzione di sublimato all' 1 in 2000, una volta con soluzione di solfato di rame al 0,5 %) si ebbe una lieve colica uterina di breve durata, ciò che capitò pure a Fischel (1) di vedere in due casi, e ciò che da lui come da me venne spiegato per la penetrazione di un po' di liquido nella cavità della matrice.

È vero, e ne son convinto, che in regola generale tanto meglio si faccia quanto meno si tocchino le puerpere, come *a priori* si può indurre poichè vi è, adoperando le parole di Fischel, « impossibilità fisica di disinfettare perfettamente le nostre mani » (2), e come risulta chiaramente dai fatti riferiti da Inverardi nelle sue *Note di viaggio* (3). Ma è pur vero, e ne sono convinto, che in casi di grave traumatismo, come il nostro, sia indispensabile, sia vitale usare una cura antisettica la più energica, essere, come dice Tarnier, « pour ces femmes véritablement impitoyables, conduits que nous sommes par la conviction que c'est le seul moyen de les sauver. » (4) Il fatto e le considerazioni surriferite valgano per prova, poichè la nostra donna certamente deve la vita all' idea di Pasteur e di Lister, al metodo antisettico. Mi si dirà che il fatto in esame non ha alcun valore, poichè da me è riferito isolatamente; ma io rispondo colle parole di un illustre ostetrico italiano, il Prof. Chiara, che « un sasso lanciato in aria, prova, cadendo, la gravità o l' attrazione tanto solo quanto in compagnia di cento. V' ha un modo solo per me o per la mia logica, di togliere ogni valore a un fatto, ed è quello di mostrarne la insussistenza, il difetto di fondamento, oppure la erroneità della interpretazione e della genesi » (5).

Dalla Clinica Ostetrica di Bologna, 1 marzo 1885.

---

(1) Fischel. *Sulla terapia della sepsi puerperale,* traduzione italiana di Bloch (*Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* gennaio, febbraio, marzo e aprile 1883, pag. 113).

(2) Fischel. Loc. cit., pag, 120.

(3) *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* novembre e dicembre 1883, pag. 657 e seg.

(4) Tarnier. Loc. cit. pag. 256.

(5) Chiara. *Qua e là per il registro clinico dell'anno 1878* (*Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* giugno, luglio e agosto 1880, pag. 353).

DELLA VERSIONE COMBINATA

NEL

TRATTAMENTO DELLA PLACENTA PREVIA

STUDIO DI

RICHARD LOMER

Medico Chirurgo

ssistente nell'ospedale per le donne dell'Università di Berlino

TRADUZIONE LETTERALE

DI

GIULIO KIRCH

(*Continuazione e fine*, V. Anno VII, N. 1-2, 1885).

Placenta previa marginale o centrale.

È difficile differenziare se l'inserzione della placenta sia centrale o marginale quando la versione è stata fatta presto. Un orificio uterino che permette solo il passaggio di un dito, ad esempio, ci farebbe credere che la placenta sia tutta inserita intorno ad esso, poichè durante tale esame il dito esploratore tocca ovunque del tessuto placentare. L'esame ripetuto dopo che la dilatazione della bocca uterina è aumentata, invece, ci mostrerà che il margine della placenta può essere spostato, e che si trattava semplicemente di placenta previa marginale. Credo per questo che tale distinzione sia di poco valore pratico. L'unica cosa imponente è e resterà sempre il sintoma della placenta previa. Se l'emorragia è imponente, sarà sempre cosa grave che la placenta sia centrale o marginale. Del resto è stato già altre volte ammesso dagli autori che la gravità dei casi non sempre dipende dalla diversa maniera d'inserzione. Al solo scopo di essere completo, ho cercato di classificare i miei casi secondo che erano di placenta previa centrale o marginale, numerando tra i primi solo quelli di certa e ben definita diagnosi. Ho avuto 25 casi di inserzione centrale, cioè il 19 %, e 111 casi di inserzione marginale, cioè il 79 %. Tra i primi, in 5 casi, il bambino nacque dopo l'espulsione della placenta. Niente è più variabile nella lette-

ratura della placenta previa, delle statistiche sulla frequenza relativa dell'inserzione centrale o marginale. Ripeto che, operando secondo i nostri principii, è difficile distinguere con certezza l'una dall'altra, e che a me pare avere tale distinzione poco valore pratico.

Presentazione del feto.

Nella nostra collezione abbiamo un numero di presentazioni trasverse molto maggiore di quello che ho trovato in altre pubblicazioni. Potrebbe essere questa una conseguenza del nostro pronto intervento? Probabilmente le presentazioni del piano laterale sono realmente frequenti come le danno la nostra collezione. Ma gli altri operatori, intervenendo più tardi, trovano un certo numero di esse cambiate spontaneamente in presentazioni dell'ovoide cefalico o podalico.

Noi abbiamo trovato:

In 70 casi	51 %	presentazioni	dell'ovoide cefalico
» 44	» 32 %	»	del piano laterale
» 12	» 9 %	»	dell'ovoide pelvico completo od incomp·

Per fare vedere la differenza fra questa statistica e quella di altri autori voglio far menzione di qualcuna delle loro osservazioni. Charpentier trovò in 1148 casi di placenta previa:

Il 66 %	di presentazioni	dell'ovoide cefalico
» 24 %	»	del piano laterale
» 9 %	»	dell'ovoide podalico completo ed incompleto.

King dà:

Il 87 %	di presentazioni	dell'ovoide cefalico
» 5 %	»	del piano laterale
» 6 %	»	dell'ovoide podalico completo od incompleto.

Travaglio prematuro o a termine.

Le nostre ricerche su questo punto ci portano agli stessi resultati di King, che cioè si ha il travaglio prematuro in quasi la metà dei casi di placenta previa. In 56 casi cioè nel 40 % il feto aveva raggiunto il completo sviluppo. In 38 casi di travaglio prematuro, cioè il 29 %, abbiamo notate le lunghezze del feto, cioè:

8	erano fra i	35	ed i	40	ctm. di lunghezza	(ottavo mese)
13	»	40	»	45	»	(nono mese)
17	»	45	»	50	»	(decimo mese)

Questi numeri si riferiscono solo a quei casi dei quali potemmo precisare la lunghezza del feto; negli altri 41 casi questa non fu notata.

Metodi di cura.

La liberazione spontanea, dopo la rottura delle membrane, occorse 30 volte (inchiusevi alcune applicazioni di forcipe), cioè il 22 %. In quattro casi l'emorragia non cessò dopo la semplice rottura delle membrane, così che si dovette pure ricorrere alla versione. 101 caso, cioè il 75 %, furono trattati col metodo alla Braxton Hicks, e questi comprendono le presentazioni dell'ovoide pelvico e dei piedi. L'uovo intero e non rotto fu espulso con la placenta in 5 casi.

Le condizioni della dilatazione della bocca uterina in questi 101 casi erano le seguenti:

In 14 casi l'orificio era completamente o quasi completamente dilatato.
In 51 casi due dita potevano passarvi.
In 13 casi un solo dito poteva essere introdotto.
Di 23 casi non abbiamo informazioni esatte.

Mortalità relativa dei bambini se espulsi per l'ovoide cefalico o se nati dopo eseguita la versione.

Dei 30 casi di parto per l'ovoide cefalico vi furono:

Bambini nati vivi	23	= 77 %
» » morti	7	= 23 %

Dei 101 casi di parto dopo eseguita la versione e aiutato da dolce estrazione vi furono:

Bambini nati vivi	51	= 50 %
» » morti	50	= 50 %

Non fa duopo dire che la gravità dei casi di queste due statistiche essendo assolutamente differente, la differenza nel resultato non ci deve sorprendere.

Pericolo della versione per il feto.

Ho cercato di determinare se le mie cifre provano che il feto corre maggior rischio quando la versione si fa presto, o quando si faccia a dilatazione completa o quasi completa. Le mie ricerche hanno dato il seguente risultato:

1.° Versione fatta a dilatazione completa:

14 casi, di cui { 8 feti vivi
6 feti morti.

2.° Versione fatta con la bocca uterina permittente l'ingresso a due dita:

51 casi, di cui { 26 feti vivi
25 feti morti.

3.° Versione fatta con l'orificio uterino permittente l'ingresso di un solo dito:

13 casi, di cui { 7 feti vivl
6 feti morti.

In 8 casi si lasciò il parto compiersi spontaneamente senza fare il minimo tentativo di estrazione:

8 casi, di cui { 4 nati vivi
4 nati morti (uno macerato).

Per questo ritorniamo alla conclusione sulla prognosi della vita fetale, che cioè essa non differisce se la versione venga fatta presto o tardi. La probabilità di vita non sembra neanche peggiore quando si lasci il travaglio compiersi interamente con le forze naturali, dopo eseguita la versione, ma su questo punto è troppo poca la nostra esperienza perchè ci permetta di formulare una netta opinione.

V' ha un'altra maniera per provare che la prognosi per il bambino non può essere grandemente influenzata dalla versione e lenta estrazione, che le altre circostanze son di importanza molto maggiore per mettersi in guardia a non giudicare « post hoc, ergo propter hoc. »

Del nostro numero totale di 139 bambini (inclusi 3 casi di parto gemello), 62 sono nati morti. Ci sia permesso di considerare più minutamente quanti di questi, *possibilmente* o *probabilmente* sono morti per il nostro modo di operare. Fra questi 62 bambini ve ne furono:

2 non vitali (nati avanti la 28ª settimana)
3 macerati; uno emicefalo
3 ebbero procidenza del funicolo non pulsante al nostro arrivo
5 ebbero funicolo non pulsante poco dopo la versione
7 nacquero morti in presentazione cefalica.

—

Queste morti certamente non sono dovute al metodo. Restano 42 casi, cioè il 31 % nei quali possibilmente la morte del feto fu dovuta al nostro modo di procedere. Fra questi 42 casi ve ne furono 14 nei quali non si sentiva il battito cardiaco fetale quando fu ricorso alla versione. Sottraendo questi casi, ne restano 28 cioè il 20 % nei quali il bambino probabilmente morì durante la versione e l'estrazione. Fra questi 28 casi, in 4 vi era procidenza del funicolo pulsante.

Questi numeri messi insieme agli argomenti suesposti provano a sufficienza, io credo, che la prognosi per il feto è cattiva nei casi di placenta previa fatta pure astrazione del metodo di trattamento adottato, e che per conseguenza è erroneo far correre pericolo alla madre per salvare la problematica vita del bambino.

Casi con esito fatale per la madre.

Nel nostro numero di 136 casi vi furono 13 morti. In tre casi la paziente era moribonda al nostro arrivo. Questi furono:

Caso I. — I. P., portata in clinica moribonda con placenta previa laterale. Non aveva più polso, le malattia di Bright con edema enorme ed anasarca; la pelvi era ristretta, la coniugata diagonale essendo di 11 1/2 cent. Il feto era in presentazione cefalica, si fece la versione e si trovò che il bambino era morto. La madre morì senza essere liberata; dopo la versione non vi fu più emorragia. La necroscopia non rivelò rottura o lesione della cervice dell'utero.

Caso II. — Donna moribonda con placenta previa centrale. Cervice completamente dilatata, fu fatta la versione sopra presentazione di testa e seguita da lenta estrazione. Non si ripetè emorragia dopo la versione. Gli sforzi per rianimare la donna furono infruttuosi. Morì due ore dopo il parto.

Caso III. — In questo caso fu, al nostro primo giungere presso la malata, fatta prognosi assolutamente infausta. Essa era senza polso, e aveva placenta previa centrale. La bocca uterina non era completamente dilatata, fu fatta la versione ed il feto estratto lentamente. La madre morì senz' altra emorragia. Ora, se vogliamo studiare i vantaggi del nostro metodo di cura, non possiamo comprendere nella nostra statistica casi siffatti, inquantochè qualunque metodo e qualunque trattamento avrebbero avuto lo stesso resultato. Dobbiamo pure dai nostri 136 casi levarne 30 che terminarono spontaneamente, e tra i quali vi fu un decesso. Finalmente dobbiamo toglier 2 casi letali (5 e 6) che secondo i nostri appunti sappiamo positivamente non essere stati trattati col nostro metodo. *In ambedue questi fu fatta subito l'estrazione dopo la versione, mentre la bocca uterina non era completamente dilatata e ciò per salvare il bambino.* In ambedue i casi vi furono lacerazioni del collo, fatali; un bambino nacque morto, l'altro

morì un giorno dopo. Questi due casi sono di grande ammaestramento in quanto dimostrano appunto quello che il nostro metodo cerca di evitare; provano che non solo non è utile di cercare di salvare il feto in siffatte circostanze, ma che è molto pericoloso poichè corriamo il rischio di perdere madre e figlio. L'estrazione fu difficile in entrambi per l'esagerato volume del feto. Un bambino pesava 4000 grm., ed era lungo 57 cent.; l'altro bambino era lungo 56 cent. In un caso la pelvi era ristretta e l'estrazione molto difficile, fu fatta una forte pressione dall'alto per forzare la testa e passare lo stretto pelvico. Ed ora, benchè queste circostanze complicassero molto questi casi, siamo però convinti che se non si fosse tenuto conto della vita del feto, e fosse stata accettata l'aspettazione, mercè altro trattamento, forse, fatta la craniotomia, la madre probabilmente sarebbe stata salvata. La versione era stata eseguita, l'emorragia cessata, e non vi era ragione nè indicazione ad affrettare il travaglio se non nell'interesse del bambino.

Dopo avere dedotti questi casi dal nostro numero totale, restano 101 casi con 7 morti che possono servire per criticare il metodo. In questa cifra sono compresi i casi di infezione puerperale.

Tre malate morirono per febbre puerperale probabilmente acquistata da infezione diretta (casi 7, 8, 9). Due altre malate pure ebbero sintomi di setticemia, quando entrarono nella nostra cura. Nel primo caso, dieci tentativi infruttuosi di versione furono fatti da un esercente della città; la donna aveva una temperatura di 38°, 140 battute del polso, e esalazioni putride quando venne in nostra cura. Oltre ciò una levatrice le aveva somministrate diverse dosi di segale cornuta. Fu fatta la versione bimanuale, e portata in basso una gamba del feto, ma la bocca uterina non tendeva a dilatarsi, forse per la segale ingerita. Divenendo sempre più allarmanti i sintomi di setticemia, fu fatta l'estrazione dopo avere aspettato inutilmente 12 ore perchè l'orificio si dilatasse. Ne venne emorragia post-partum per lacerazioni del collo e la malata morì di setticemia. Nell'altro caso (11) la malata avanti l'arrivo dell'assistente, era stata esaminata da due levatrici, due medici e dallo studente. La sua temperatura era di 39°, aveva scoli putridi, e morì pure di setticemia.

In un caso (N. 12), fu fatto il secondamento artificiale dopo l'espulsione del feto. Era la terza volta che in quella ammalata si era dovuto fare il secondamento artificiale dopo il parto. La necroscopia rivelò l'ingresso di aria nelle vene uterine e nel cuore. Non possiamo far conto di questo caso, inquantochè è poco probabile che il metodo della versione combinata avesse compartecipazione nella morte della malata. Farò osservare a questo punto che il secondamento artificiale si fece 5 volte nei nostri 136 casi.

L'ultimo caso letale che devo rammentare (N. 13) è il seguente: La ver-

sione era stata fatta e l'emorragia si era arrestata. Si fece allora la lenta estrazione del feto, terminandola un'ora e mezzo dopo la versione. Ciononostante nell'estrazione della testa si fece una leggera rottura del collo. La lacerazione fu suturata, e tutto procedè bene fino al settimo giorno, quando insorse una abbondante e improvvisa emorragia arteriosa. Non si potè avere una pronta assistenza, poichè la malata abitava molto lontano. Moriva poche ore dopo di anemia acuta.

Riassumendo i casi fatali per la madre troviamo:

3 erano moribonde al nostro giungere 2 lacerazioni cervicali per essere state fatte estrazioni forzate 1 morta dopo un parto spontaneo in presentazione di vertice.	Non possono essere sottoposti a critica riguardo al nostro metodo.
3 morte per infezione primitiva 2 avevano già in corso la setticemia quando entrarono in cura, e morirono per quella 1 secondamento artificiale — aria nelle vene e nella cavità toracica. 1 Lacerazione del collo. Morte al settimo giorno per emorragia arteriosa.	Sono passive di critica riguardo al metodo operatorio.

Totale 13.

Quanto alla morbilità delle rimanenti, solo 5 ebbero malattia di qualche importanza durante il puerperio; guarirono tutte.

Osservazioni sul metodo.

1. *Come potremo curare i casi di emorragia durante la gravidanza?*

In molti casi è necessario il tamponamento e sarà sempre così. Ma non potremmo noi favorire il travaglio prematuro in siffatti casi? Devo confessare che i nostri casi non ci hanno dimostrata la necessità di tal procedimento. Quando occorsero forti emorragie in gravidanza. usammo il tamponamento, ed esaminammo poche ore dopo se la cervice era abbastanza dilatata da permettere il passaggio di un dito, e permettere di fare la versione. In questo senso il nostro metodo si potrebbe classare forse fra quelli che hanno per oggetto di provocare il travaglio prematuro quando si ha che fare con placenta previa. Operatori che più tardi hanno seguita questa condotta, hanno avuti buoni risultati. Murphy, ad esempio, riporta quindici casi curati così, nei quali si salvarono tutte le madri. Questo mostra altresì che il prendere misure energiche ed attive, è quanto

si deve fare nei casi di placenta previa. Non posso quindi accordarmi con Byford, che dice: « si prendono misure troppo attive nei più dei casi di placenta previa..... che dovremmo ritornare piuttosto allo zaffo..... che ad un intervento non necessario introducendo la mano e facendo la versione, che ha dato più vittime di quello che la natura non aiutata avrebbe date nei casi di placenta previa. »

Quanto alla necessità di introdurre spugne preparate durante la gravidanza, per provocare il travaglio, credo che siffatti casi siano rari, e forse occorrono più frequentemente in pratica privata dove il medico vien chiamato al primo apparire dell'emorragia. L'uso di spugne preparate, innalzandolo a metodo di cura nei casi di placenta previa, come ultimamente ha consigliato il Jungbluth, non verrà ammesso da nessun ostetrico che abbia larga esperienza di simili casi. Questi metodi saranno buonissimi in certi casi eccezionali, ma non si può consigliare di applicarli in ogni caso.

2. *La versione bimanuale è operazione facile?*

Questa è quistione molto importante; poichè di quale utilità sarebbe l'operazione se il pratico comune non potesse metterla in uso, se vi abbisognasse la destrezza di uno specialista? Non troverebbe mai un'applicazione generale e sarebbe di nessuna utilità pratica. Ora a ciò posso rispondere che io ho esagerate le difficoltà dell' operazione, che fui meravigliato della facilità con la quale si poteva eseguire, e che fino ad ora non vi ho trovata nessuna difficoltà. Ho persino permesso agli studenti di farla sotto la mia direzione e ho trovato che si sono disimpegnati con facilità. Tutto quello che posso dire quindi è che « proviate e quindi giudicate da voi stessi! » Ha ben ragione il Kaltenbach quando dice che le difficoltà della versione bimanuale sono state fatte risaltare da quegli autori che avendo dei dubbi teorici sulla sua applicazione pratica, non hanno mai tentato di farla. Egli insiste sul fatto che nei casi di placenta previa, diverse circostanze concorrono a rendere questa operazione singolarmente facile.

Martin si è spinto fino a dire che la versione dovrebbe per *regola generale* essere siffattamente eseguita, che l'introduzione di tutta la mano nell'utero, deve essere solo un caso eccezionale.

Voglio notare che noi *sempre* facciamo uso di cloroformio e che forse in parte è dovuto a questa pratica, che trovassimo sì facile l'operazione. Sotto questo rapporto siamo perfettamente d'accordo con Braxton Hicks.

3. *Possiamo fidarci che l'emorragia cessi dopo la versione?*

Posso soltanto ripetere quello che ho detto innanzi, *che è cosa di fatto che l'emorragia cessa.* Si contrapponga questa o quella teoria sulla cagione dell'emorragia da placenta previa, un'esperienza basata sopra 180 casi è superiore a qualunque critica. Però non voglio dire con questo che una pezza pulita messa davanti ai genitali, non venga un po' macchiata di sangue durante l' espulsione

del feto, ma certo non si ha emorragia copiosa o persistente, e se questa si verificasse si potrebbe subito arrestare con una o due tirate sui piedi. È conveniente che la partoriente stia trasversalmente sul letto con le natiche sulla sponda del letto ed i piedi su una seggiola. Così si può sempre avvertire l'emorragia e eseguire facilmente le tirate.

Non si può egli però dare il caso di emorragia interna? Non potemmo verificare mai questo caso fra i nostri. Solo un'osservazione viene ricordata da Behm nella quale una certa quantità di sangue si era raccolta nell'utero sopra la pelvi fetale, senza portar danno di sorta alla malata. Con tutto ciò, pure ammettendo la possibilità di tal inconveniente, dobbiamo considerarlo cosa rara e aggiungere che la esperienza lo dimostra di poca importanza pratica.

La perforazione digitale della placenta previa centrale è generalmente causa di forte emorragia. Hofmeier e Behm han già notato ciò ed io mi accordo pienamente ad essi. È l'unico momento critico dell'operazione. L'operatore deve esservi preparato, e non deve perdere la sua presenza di spirito quando la sua mano viene subitamente coperta da un flutto di sangue; deve rammentarsi che la emorragia più pericolosa cesserà di certo quando avrà tirato in basso la gamba del feto. Qualche volta ho trovato difficile il passaggio del dito a traverso la placenta a causa della rigidità e resistenza del suo tessuto.

Quanto tempo si deve aspettare perchè avvenga l'espulsione spontanea del feto?

L'esperienza insegna che non è lunga l'aspettativa, in quanto i dolori aumentano dopo la versione, e generalmente l'espulsione è fatta un'ora e mezzo o due ore dopo. Naturalmente ciò dipende in gran parte della forza impiegata nell'estrazione. Behm in generale ha lasciato i parti essere del tutto spontanei, ed ha dovuto aspettare da mezz'ora a quattro ore. In un caso ce ne vollero undici. Nei nostri casi di quando in quando esercitammo dolci trazioni finchè la bocca uterina era completamente dilatata e quindi aumentavamo a poco a poco il numero e la forza delle tirate.

Si deve del tutto abbandonare il metodo della rottura delle membrane nelle presentazioni cefaliche?

Tale è il nostro parere, come si vede dal fatto di trenta casi trattati similmente. In ogni caso speciale devono farci decidere le circostanze, quale sia il metodo di cura più adattato; non si può dare una linea generale di condotta quando si ha sempre che fare con casi speciali. Quando la placenta è marginale, la testa fissata, i dolori forti e l'emorragia non è molto abbondante, allora è utile la rottura delle membrane. Bisogna però ricordare che accettando questo metodo si perdono le condizioni favorevoli ad una facile versione, e siccome qualche volta l'emorragia non cessa dopo la rottura delle membrane (5 volte nei nostri casi) si deve fare la versione in condizioni sfavorevoli.

Una delle più accurate e precise compilazioni sulla placenta previa ci è stata data da King. L'autore in quello scritto ricerca qualche sia il miglior metodo di cura della placenta previa per frenare l' emorragia. Egli viene alla seguente conclusione: « che l'uscita del liquido amniotico se si fa avanti che l'orificio sia dilatato, è dannosa e non può classarsi fra i metodi di cura per ovviare una emorragia. Qualcuna delle altre conclusioni di King sono interessanti in quanto s'accordano coi nostri corollari. Egli prova con cifre che « il tamponamento non è di valore assoluto nella presentazioni parziali della placenta, e di nessuno nelle pretazioni complete. » Che « la mortalità della madre e del feto insieme, è maggiore nei casi in cui si fa la versione dopo il tamponamento, che quando si faccia la sola versione senza tamponare. » Nel suo riepilogo King dice « dallo studio fatto della placenta previa secondo i casi riportati in questa memoria, abbiamo trovato resultati poco soddisfacenti da qualsiasi maniera usata per frenare l' emorragia durante il periodo dilatante. » Spero che questo scritto convincerà il lettore che abbiamo in mano nostra un metodo sicuro, e che egli si senta incoraggiato a metterlo alla prova. Non per ciò crediamo essere il nostro metodo l' unico buono ed erronei tutti gli altri. Abbiamo già notato, come Hicks e Spiegelberg, benchè avversari della versione bimanuale, avessero ciò nonostante buoni resultati. Molte volte la prognosi della placenta previa è soggetta all'operatore e non al metodo operativo scelto.

Leggendo la stupenda rivista storica sulla placenta previa del Müller, siamo meravigliati dal vedere come ogni nuova teoria ed ogni nuovo metodo di cura era invariabilmente considerato l' *unico buono* dal suo autore. A poco a poco si trovò che l'aspettazione e le speranze erano esagerate, e che il medesimo metodo usato da altri non dava i medesimi resultati brillanti. È ciò accadeva quando *un* metodo era raccomandato per *tutti* i casi di placenta previa. Il metodo di Braxton Hicks avrà il medesimo destino? Può essere, ma solo quando si avrà un metodo migliore, che dia resultati ancora migliori. Intanto constatiamo il fatto che resultati simili ai nostri, e basati sopra così vasto numero di casi, non son ancora stati pubblicati. Non è un metodo che pretende di diventare unico ed universale. Molti casi sono meglio curati in tal modo; altri lo sono meglio con l'aspettazione o con la rottura delle membrane. Come pure non pretendiamo di radiare dai metodi operativi il tamponamento, ma solo vogliamo far notare come spesso il suo uso è superfluo e persino pericoloso. Come in tutte le altre parti della medicina, qui pure fa d'uopo individualizzare; speriamo dunque di aver convinto il lettore dei vantaggi e della facilità pratica della versione bimanuale nei casi di placenta previa e della maggior sicurezza data dalla nascita spontanea, alla madre, che non da una forzata estrazione.

CONTRIBUTO
ALLO STUDIO DEL PUERPERIO MORBOSO

del Dott. PAOLO NEGRI
Professore-Direttore della Scuola Pareggiata d'Ostetricia in Novara.

I. — Tubercolosi diffusa in puerperio.

La osservazione seguente fu fatta nella Maternità di Milano nel corso dell'anno 1880.

La gravida illegittima, segnata col N. 69 del 1880, viene accolta il 29 febbraio. Ha 25 anni, è primipara, ricamatrice di professione, è obbligata a vita sedentaria. A 20 anni ebbe disturbi gastrici, a 21 febbre intermittente, abitualmente sta bene. Fu mestruata a 15 anni per la prima volta, e tranne una sospensione della durata di 5 mesi a 21 anni, lo fu sempre regolarmente. L'ultima mestruazione cessò il 4 luglio.

Al momento dell'ingresso nella clinica godeva buona salute, od almeno non accusava speciali disturbi; all'esame fu trovata alta ctm. 148, di povero sviluppo organico con scheletro atrofico; nulla offriva di specialmente importante dal punto di vista ostetrico.

Il travaglio di parto esordì prematuramente il 1.° aprile alle ore 4 ant. con la rottura delle membrane; il periodo dilatante durò ore 28, quello espulsivo ore 1. 30. Il feto si presentava con il vertice in posizione O. I. S. A. si dovette intervenire per inerzia dell'utero, lunghezza del travaglio, vomito e stanchezza marcata della donna, nonchè per segni di sofferenza fetale (battito frequente, perdita di liquido tinto per meconio. Fu applicato il forcipe Naegele al piano perineale, allorquando il vertice avea già compiuto il moto di rotazione interna; fu estratto un maschio sano, vivo, prematuro; era lungo ctm. 41 (21-20); pesante grammi 1650, con diametro biparietale di mill. 80, fronto-occipitale 104, mento-occipitale 110, bimastoideo 55. Dieci minuti dopo si compiva il secondamento

favorito dalla spremitura; annessi normali pesanti grammi 320. Si ebbe stillicidio sanguigno subito dopo vinto con il massaggio. Subito dopo il parto la temperatura era 36,6, il polso 112, il respiro 28 per m'.

Andamento del puerperio.

Giornata	1.ª	sera	37,3	92	24	Cateterismo.
»	2.ª	matt.	37	96	24	Orripilazioni ripetute alle 11 ant. Bene nel generale. Mitto spontaneo.
		sera	39,2	116	24	
»	3.ª	matt.	38	112	24	Notte tranquilla, ventre piano, utero indolente, lochiaz. siero-sanguigna, alvo aperto.
		sera	39	88	24	
»	4.ª	matt.	38,2	108	24	Assolutamente nulla dal lato del ventre e del canal genitale.
		sera	38,7	104	32	
		notte	39	—	—	
»	5.ª	matt.	38,2	104	28	Iniziata la secrezione lattea, ventre indolente, lochi normali.
		sera	38,9	112	32	
		notte	39,4	—	—	Freddo generale alle 11 ant. della durata di 45 m'.
»	6,ª	matt.	38,9	112	28	Tensione mammaria, ventre piano indolente, utero piccolo, lochiazione siero-sanguigna. Solfato chinina grm. 1.
		sera	39,2	100	28	
		notte	39	—	—	
»	7.ª	matt.	38,3	104	28	Mammelle ancor tese, utero indolente, lochi un po' odorosi, alvo chiuso.
		sera	38,8	96	24	
		notte	38,9	—	—	
»	8.ª	matt.	39	108	28	Bene nel generale, nulla da parte dell'addome.
		sera	38,7	108	28	
		notte	39	—	—	
»	9.ª	matt.	37	100	24	Tosse nella notte, alvo aperto, nulla da parte del ventre.
		sera	37,4	108	28	
		notte	37	—	—	
»	10.ª	matt.	37,5	96	24	Bene in tutto, si alza.

Andamento del puerperio.

Giornata	11.ª	matt.	38,8	108	24	Utero piccolo indolente, alvo aperto.
		sera	39,4	120	32	
		notte	38 9	—	—	
»	12.ª	matt.	38,6	112	32	Notte insonne in causa della tosse insistente, 2 alvi.
		sera	39,6	120	32	
		notte	39,3	—	—	
»	13.ª	matt.	38,7	108	32	Dormì alquanto nella notte, lochi un po' fetenti.
		sera	39	100	28	
		notte	39,4	—	—	
»	14ª	matt.	39	100	24	Ipofonesi agli apici (fosse sopraspinate) respiro asprissimo, espirazione prolungata, fenomeni plessimetrici più spiccati a destra, stetoscopici più a sinistra.
		sera	38	108	28	
		notte	39,1	—	—	
»	15.ª	matt.	38,7	112	52	Oripilazione alle 5 pom., digitale e chinino ana grm. uno nelle 24 ore.
		sera	38,2	100	28	
		notte	39,5	—	—	
»	16.ª	matt.	38,6	100	24	Alla fossa sopraspinata sinistra, rantoli minuti sotto i colpi di tosse. Alvo apertosi due volte.
		sera	38,2	108	20	
		notte	38,3	—	—	
»	17.ª	matt.	38,4	108	24	
		sera	38,3	—	—	
		notte	38,3	—	—	
»	18.ª	matt.	38,3	108	24	Tosse nella notte, cura arsenicale, rivulsione alle fosse sopraspinate.
		sera	39	104	24	
		notte	39,3	—	—	
»	19.ª	matt.	39,3	108	28	Tosse continua, nulla dal lato puerperale. Chinino grammi uno.
		sera	40	112	32	
		notte	39,3	—	—	
»	20.ª	matt.	38	112	32	Si ripete il chinino.
		sera	39,6	108	28	
		notte	39,8	—	—	

Andamento del puerperio.

Giornata	21.ª	matt.	38,6	106	28	Si ripete il chinino.
		sera	39,8	112	28	
		notte	39,4	—	—	
»	22.ª	matt.	39,2	120	28	Sempre tosse, si ripete il chinino.
		sera	39,5	104	28	
		notte	39,6	—	—	
»	23.ª	matt.	39,6	120	28	
		sera	39,5	112	28	
		notte	39,4	—	—	
»	24.ª	matt.	40,1	116	32	Rantoli minuti consuonanti tanto
		sera	40	128	32	a destra che a sinistra post.
		notte	40	—	—	Chinino e digitale.
»	25.ª	matt.	40,1	120	32	
		sera	38,4	104	28	
		notte	39,1	—	—	
»	26.ª	matt.	40,1	112	32	
		sera	39,6	116	32	
		notte	39,2	—	—	
»	27.ª	matt.	39,2	104	28	Suda abbondant. nella notte.
		sera	38,1	108	28	
		notte	39,3	—	—	
»	28.ª	matt.	40,3	118	32	Alle 6 ant. freddo generale.
		sera	38,2	112	32	
		notte	39,2	—	—	
»	29.ª	matt.	39,3	112	32	
		sera	39,1	120	32	
		notte	39,3	—	—	
»	30.ª	matt.	39,2	112	32	
		sera	38,2	100	32	
		notte	39,4	—	—	
»	31.ª	matt.	38,6	96	28	
		sera	38,1	120	24	
		notte	39,2	—	—	

Andamento del puerperio.

Giornata	32.ª	matt.	38,9	116	28	
		sera	39,4	108	28	
		notte	38,7	—	—	
»	33.ª	matt.	39,3	108	28	
		sera	38,7	108	32	
		notte	38	—	—	
»	34.ª	matt.	39,9	108	32	
		sera	39,3	108	32	
		notte	39	—	—	
»	35.ª	matt.	39,8	120	36	
		sera	39,8	120	36	
		notte	38,7	—	—	
»	36.ª	matt.	39,5	126	36	In tutti questi dì ai soliti disturbi si aggiunse profusa traspirazione cutanea.
		sera	39	112	32	
		notte	40,2	—	—	
»	37.ª	matt.	39,7	132	36	
		sera	39	112	32	
		notte	39,5	—	—	
»	38.ª	matt.	38,8	140	36	
		sera	39,5	132	36	
		notte	39,6	—	—	
»	39.ª	matt.	40	144	36	
		sera	40	132	40	
		notte	39,8	—	—	
»	40.ª	matt.	39,4	128	36	
		sera	39,5	124	32	
		notte	40,2	—	—	
»	41.ª	matt.	39,7	128	36	
		sera	39,7	120	36	
		notte	39,8	—	—	
»	42.ª	matt.	37,9	112	40	
		sera	39,1	120	36	
		notte	38,1	—	—	

Andamento del puerperio.

Giornata	43.ª	matt.	36,6	132	36	
		sera	38,9	110	36	
		notte	39,5	—	—	
»	44.ª	matt.	38,1	112	36	
		sera	39,3	124	32	
		notte	39,9	—	—	
»	45.ª	matt.	39,9	120	48	
		sera	39	132	44	
		notte	40,1	—	—	
»	46.ª	matt.	39,1	108	36	
		sera	39,4	112	36	
		notte	39,8	—	—	
»	47.ª	matt.	39,6	116	32	
		sera	39,4	112	36	
		notte	39,8	—	—	
»	48.ª	matt.	39,4	120	32	
		sera	38,6	124	36	
		notte	39,8	—	—	
»	49.ª	matt.	38	120	36	Notte assai inquieta, edema al-
		sera	38,3	128	36	l'arto inf. destro, decadimento
		notte	39	—	—	
»	50.ª	matt.	38,8	132	44	
		sera	38,5	128	40	
		notte	37,4	—	—	
»	51.ª	matt.	39,4	128	44	Tosse continua, dimagramento,
		sera	38,4	124	48	epistassi, aumento dell' edema
		notte	39	—	—	all'arto inf. sin.
»	52.ª	matt.	39,5	128	48	Delirio, traspirazione continua,
		sera	38,4	124	44	sempre in aumento l'edema.
		notte	40,2	—	—	
»	53.ª	matt.	38,5	116	40	Morte.

Reperto cadaverico della sezione eseguita dal Dott. Mariani, medico praticante, il 26 maggio. Nulla di notevole nel cavo cranico. Tubercolosi e caseosi del polmone destro in tutta la estensione; nel sinistro lesione simile limitata al lobo superiore; tubercolosi pleurica. — (Nei polmoni riscontrasi piccole cavernule e poco numerose all'apice destro, qualcuna eziandio all'apice sin.). Nulla al cuore. Tubercolosi peritoneale. Poche ulcerazioni circolari sulla fine dell'ileo e nel cieco. Fegato adiposo. Nulla ai reni ed alla milza. Utero assai piccolo. Collo appena permeabile alla sonda. Nulla agli annessi uterini. Trombosi della vena iliaca destra.

II. — Pneumonite acuta in puerpera con infezione cronica palustre.

Clinica di Novara. — Anno 1885. — Parto N. 6. — N. N., contadina, di anni 31, terzigravida, viene accolta il 30 dicembre 1884. Precedettero due gravidanze terminate con parti affatto normali. Proviene da paese palustre. L'ultima mestruazione fu nell'aprile 1884 (ultimi giorni). Nell'esame del dì 8 gennaio fu constatata gravida nel 9° mese. Feto vivo in presentazione di vertice. Area splenica notevolmente ingrandita in tutti i sensi ma più in quello verticale. Parto spontaneo il 23 gennaio alle 9 3/4 ant. Femmina viva (V. OISA), pesante grm. 3330, lunga ctm. 55, annessi integri, pesanti grm. 620. Subito dopo il parto: T. 36,6, P. 68, R. 24.

Andamento del puerperio.

Giornata	1.ª	sera	37,6	84	20	Qualche morso, utero piccolo, mobile, indolente, normali i lochi.
»	2.ª	matt.	36,6	80	18	Nulla da parte dell'addome se si eccettui qualche morso, lochi sanguigni, mitto spontaneo.
		sera	37,8	80	18	
»	3.ª	matt.	39,5	80	20	Ore 9 1/2 ant. *brivido leggero*, tosse, utero indolente, mobile, ventre piano, fegato ingrandito sconfinante, milza tanto ingrandita da arrivare nella fossa iliaca sinistra.
		12 m.	39,1	—	—	
		2 pom.	40,1	100	20	
		5 pom.	40,5	—	—	
		8 pom.	39,8	—	—	

Andamento del puerperio.

Giornata	4.ª	matt.	38,9	96	30	Notte non dormita, accusa dolori alla regione della milza, utero e ventre affatto indolenti, lochi normali.
		12 m.	38,4	—	—	
		2 pom.	40,4	120	20	
		5 pom.	40,1	—	—	
		8 pom.	39,1	—	—	Senso di freddo per tutto il giorno, lingua arida, nelle respirazioni forzate, accusa dolori alla base del costato destro. L'esame del petto negativo. Chinino solfato grm. 1 $^1/_2$.
»	5.ª	matt,	38,9	96	24	Continua il dolore sotto la mammella destra, nulla al ventre. Alle ore 1 pom. *corto brivido.* L'esame del petto è sempre negativo, con la tosse sputi purulenti, tra questi *due crocei.* Infuso di ipecaquana e vino.
		2 pom.	40	96	24	
		sera	40,6	—	—	
»	6.ª	matt.	37,7	84	20	Tosse insistente, dolore meno avvertito, ventre, utero, lochi affatto normali.
		12 m.	39,1	—	—	
		2 pom.	40,3	104	20	
		7 pom.	40,3	—	—	All'esame del torace destro sulla linea ascellare post., in basso si ascolta un punto lontanamente soffiante, qualche sputo croceo. Alle 2 pom. *legger brivido.*
»	7.ª	matt.	38,3	96	20	Notte inquieta, meno tosse, poco escreato non croceo, due scariche. Solf. chinino 0,50.
		sera	38,4	84	20	
		notte	38,7	—	—	
»	8.ª	matt.	38,5	100	20	Poca tosse, notte non dormita, ancora il dolore alla base del costato destro.
		sera	39,5	104	20	
		notte	39,5	—	—	
»	9.ª	matt.	38,1	88	20	Non tosse, non brivido.
		sera	38,4	84	—	
		notte	38,8	—	—	

Andamento del puerperio.

Giornata 10.ª	matt.	38,7	88	20	Due scariche nella notte, nel resto si sente bene.
	sera	40,2	100	32	
	notte	40,5	—	—	
» 11.ª	matt.	37,1	80	24	Tre scariche liquide, nel resto bene.
	sera	36,5	64	20	
	notte	36,8	—	—	

Da questo momento perfetta apiressia. La donna abbandona la clinica completamente guarita il dì 12 febbraio 1885.

III. — Flebite infettiva - Forme secondarie polmonari Guarigione.

Clinica di Novara. — N. 5 del 1885. — N. N., gravida illegittima, d'anni 20, operaia, è accolta il 30 novembre 1884. Primipara, bene conformata. Ultima mestruazione alla fine di marzo 1884. Parto a termine il 17 gennaio 1885. Primo periodo ore 27, secondo ore 0,30. Presentazione di vertice in OISA. Nell'espulsione degli annessi fetali, favorita da generosa spremitura avviene la lacerazione del corion, che in buona parte rimane nel cavo uterino; qualche brano si riesce ad estrarlo portando due dita nel cavo uterino, ma la massima parte vien trattenuto; amnios e placenta espulsi in toto.

A parto compiuto la donna presenta T. 36,9, P. 70, R. 24; si amministra un grammo di segale cornuta.

Andamento del puerperio.

Giornata 1.ª	matt.	37,4	80	24	Lochi normali, cateterismo, utero retratto un po' dolente alla pressione. Nessuna irrig. vaginale.
	sera	37,4	74	24	
» 2.ª	matt.	37	80	24	Utero mobile, duro, indolente; lochi sanguigni un po' abbondanti, non coaguli.
	sera	37,2	64	20	
» 3.ª	matt.	36,7	80	24	Lochi un po' fetenti, color mattone, utero indolente, bene nel generale. Irrig. vag. di subl. $^1/_{000}$.
	sera	37,4	76	24	

Andamento del puerperio.

Giornata 4.ª	matt.	37,4	80	20	Bene al mattino; alla 1 $^1/_2$ pom. *senso di freddo generale* (1), durata pochi minuti, lochi inodori. Due irrig. vag. c. s.
	sera	38,5	84	24	
	8 pom.	38,5	—	—	
» 5.ª	matt.	37,2	86	22	Cefalea, lochi filanti sanguinolenti non fetenti. Alla 1 pom. *lieve brivido* (2). Irrigazione *endo-uterina con sublimato corrosivo* (0,75 $^0/_{000}$).
	10 ant.	38	—	—	
	2 pom.	38,7	88	—	
	8 pom.	38,7	—	—	
» 6.ª	matt.	38,2	84	26	Mammelle un po' tese, utero duro, lochi fetenti e filanti, lieve cefalea. Due irrig. vaginali.
	10 ant.	38,5	—	—	
	2 pom.	38,5	84	24	
	8 pom.	38,9	—	—	
» 7.ª	matt.	38,1	88	20	Lochi fetenti nerastri, involuzione uterina bene progredita, nessun dolore, appetenza. Prolungata *irrigazione endo-uterina con soluz. di sublimato corrosivo* (0,75 $^0/_{000}$). Il liquido ritornò tinto di sangue.
	10 ant.	38,4	—	—	
	2 pom.	39,9	100	20	
	5 pom.	39,8	—	—	
	8 pom.	37,5	—	—	
» 8.ª	matt.	40,7	108	24	Al mattino *legger brivido* (3), lochi un po' fetenti, accusa dolori a tutto il ventre specie nell'epigastrio, nella notte e nel giorno 6 scariche alvine fetentissime. Laudano goccie 20, vino Marsala. Due irrig. vaginali.
	2 pom.	40,4	120	28	
	8 pom.	40	—	—	
» 9.ª	matt.	36,9	96	26	Notte buona, tre scariche poco abbondanti, cessati i dolori al ventre, lochi nerastri fetenti, cefalea. Alle 12 *brivido assai prol.* (4). *Irrig. endo-uter. fen.* al 3 $^0/_0$. Laudano goccie 30 per bocca, ghiaccio, Marsala.
	12 m.	39,8	—	—	
	3 pom.	40,5	116	28	
	8 pom.	39,9	—	—	

Andamento del puerperio.

Giornata 10.ª	matt.	39,6	140	24	Notte insonne, cefalea fortissima, lochi assai fetenti neri. Alle 5 antim. *legger brivido* (5) della durata di minuti 15, ha qualche colpo di tosse, di tanto in tanto singhiozzo, ventre piano indolente. Laudano goccie 20. Chinino solfato grm. 1. *Irrigaz. endo-uter. di zinco solfo fenato* (5 %).
	2 pom.	39,5	112	24	
	8 pom.	40,9	—	—	
» 11.ª	matt.	37,1	104	24	Nella notte alle 11 pom. *brivido forte* (6) durata 15 m.', 4 scar. Vino Marsala. Laudano.
	2 pom.	39,7	—	—	
	4 pom.	40,4	112	24	
	7 pom.	36,8	—	—	
» 12.ª	matt.	39,3	112	28	Ore 7 ant. *brivido assai forte della durata di 20 minuti* (7). Cinque scariche, nessun dolore al ventre. Chinino solfato grm. 1. Vino Marsala. Laud. goccie 20.
	2 pom.	40,2	108	32	
	8 pom.	40,3	—	—	
» 13.ª	matt.	38,7	112	36	Dalle 11 3/4 ant. alla 1 1/2 pom. *brivido assai forte* (8), continuo stato di subdelirio, tinta giallastra, addome sempre piano, utero indolente bene ridotto, lochi non più fetenti, si nota tosse e maggior frequenza di respiro, l'esame mostra un catarro diffuso, sputo aereato bianco giallastro, alcuni sputi *sono sanguigni.*
	sera	38,8	108	32	
	8 pom.	36,8	—	—	
» 14.ª	matt.	39,7	132	32	Alle 10 3/4 di ieri sera *brivido fortissimo* (9), durato 35 minuti, nella notte molta tosse, dolori
	2 pom.	40,7	132	36	
	8 pom.	38,2	—	—	

						al ventre, cinque scariche liquide abbondanti assai fetenti. Alle 12 $^3/_4$ pom. *nuovo brivido* (10) della durata di 15 m'; nella giornata 5 o 6 scariche abbondanti, dimagramento notevole, tinta giallastra, respiro sempre frequente, nell'escreato striscie sanguigne, alla base del polmone destro posteriorm. in una zona limitata si ascoltano rantoli a gruppo. Marsala. Laudano.
Giornata	15.ª	matt.	39,6	128	32	Notte tranquilla fino alle 2 ant., poi *brivido* (11) durata 15 m', nella notte 7 scariche abbondanti, nere, fetent. Alle 8 $^3/_4$ ant. si ripete il *brivido* (12), durato 15 m', tosse forte, insistente, escreato abbondante bianco-giallastro, alcuni sputi sono fortemente sanguinolenti. Nella giornata 4 scariche c. s. Laudano. Marsala.
		2 pom.	39,5	140	40	
		8 pom.	39,3	—	—	
»	16.ª	matt.	39,1	108	32	Nessuna scarica, notte e giornata tranquillamente passate, nessun brivido. Al petto catarro diffuso, alla parte post. inf. a destra, continuano i rantoli a gruppo, espett. un po' soffiante, sputo marc. fetente. Nulla nell'apparato genitale. Si ripete la medicatura.
		sera	39,1	128	44	
		8 pom.	38,7	—	—	
»	17.ª	matt.	39,2	112	36	Cinque scariche fetenti giallastre, tosse insistente. Infuso di ipec. Vino e laudano.
		sera	39,9	116	40	
		notte	40	—	—	

Andamento del puerperio.

Giornata	18.ª	matt.	38,2	112	36	Continua la diarrea, tosse sempre, non più sangue nello sputo, nel nel resto bene. Infuso di ipec. Vino e laudano.
		sera	38,4	108	36	
		notte	39,3	—	—	
»	19.ª	matt.	36,9	96	36	Continua la diarrea, non più brivido. Emuls. con laudano. Vino Marsala.
		sera	38,5	104	36	
		notte	39,6	—	—	
»	20.ª	matt.	37,5	104	32	Stessi fenom. al petto, sputo affatto purulento, nel resto meglio. Solfato chinino 0,50. Due pillole d'oppio. Vino Marsala, uova.
		sera	37,7	100	28	
		notte	39	—	—	
»	21.ª	matt.	37,4	92	28	Alle 10 ant. *brivido assai forte* (13), durata 45 m', tosse, sputo in parte aereato, altro purulento, altro *sanguigno*. Chinino 0,50. Marsala, uova,
		11 1/2 a.	40	—	—	
		2 pom.	39,1	112	36	
		8 pom.	39,1	—	—	
»	22.ª	matt.	37,6	108	28	Cinque scariche nella notte, non più brividi, non sangue nello sputo. Emuls. con laudano. Marsala.
		sera	38,6	104	28	
		notte	39,4	—	—	
»	23.ª	matt.	37,6	88	28	Non diarrea, poca tosse, non brivido, appetenza.
		sera	38,5	96	26	
		notte	38,9	—	—	
»	24.ª	matt.	37	88	22	Tosse secca, nel resto bene, mangia.
		sera	38,1	104	24	
		notte	38,3	—	—	

Da questo giorno miglioramento progressivo; ancora per dieci giorni si notarono elevazioni serotine fino a 38°,5; al mattino costante apiressia. In 34ª giornata abbandonò il letto, in 43ª (1.° marzo) la clinica; bene avviata ad un completo ristabilimento; ancora però assai denutrita.

Le tre osservazioni esposte con molti dettagli ci esonerano ora da tutte quelle considerazioni che potrebbero esser fatte; qualche particolare però noi vogliamo qui ricordare, specialmente sopra l'ultima come più delle altre interessante, in rapporto all'ostetricia.

Si può dire che tanto la prima come la seconda osservazione richiamano l'attenzione più che per qualsiasi altro motivo, per la diagnosi: infatti e nell'uno e nell'altro caso poteva chi fosse stato chiamato a portare un giudizio su quelle ammalate, pensare prima di tutto, e formular forse anche, un giudizio di malattie in connessione intima con lo stato puerperale, voglio dire di forme settiche puerperali.

L'andamento clinico, la curva termica, i disturbi potevano fino ad un certo punto ne' primi dì condurre fuori di strada nel primo caso anche un maestro consumato; ma il reperto dell'esame dei polmoni, il progressivo svolgersi delle lesioni là dapprima notate, l'andamento caratteristico della temperatura poi, convinsero ben presto che noi ci trovavamo bensì di fronte ad un processo infettivo ma che questo anzichè di origine puerperale doveva ascriversi a quella tubercolare. Che del resto tale scambio sia possibile non solo, che sia anche stato fatto, si può stabilire percorrendo le pubblicazioni sull'argomento; fra le altre osservazioni mi piace ricordare quella pubblicata dal Dott. Fischel e fatta nella clinica del Prof. Breisky (*Fall von Miliartubercolose im Wochenbette. Prager Med. Wochenschrift,* 1883, N. 47).

Desta ancora interesse un'altra serie di fatti e cioè: la interruzione della gravidanza quale effetto delle povere condizioni in cui si trovava la gravida, l'andamento del parto che richiese l'intervento dell'arte più che per la minaccia della vita fetale, per lo stato di grave abbattimento in cui venne a trovarsi la partoriente, segno anche questo delle tristi condizioni generali: finalmente merita d'esser ricordato l'andamento rapido del morbo. Il reperto anatomico non ci lasciò dubbio alcuno intorno alla mancanza di forma settica qualsiasi, ed alla presenza di una tubercolosi diffusa.

Nè lievi furono le difficoltà diagnostiche nel secondo caso: qui tre fattori morbosi potevano contendersi il campo e cioè: la infezione puerperale, la infezione palustre, ed un processo morboso acuto polmonare. Se la diagnosi fu portata si fu specialmente in base alla curva termica ed alla presenza di un segno per sè solo preziosissimo lo *sputo croceo,* caratteristico della pneumonite franca; senza quello scarso sputo ben difficile sarebbe stata la diagnosi, perchè essendo stato il nucleo pneumonico per gran parte centrale, ben pochi furono i segni che la percussione e l'ascoltazione poterono raccogliere, anche perchè in parte mascherati da un certo grado di catarro bronchiale preesistente: tuttavia l'inizio caratteristico, lo sputo croceo, la terminazione avutasi per vera crisi, sono fatti

tali che ci fecero ammettere senza esitazione che il morbo di cui fu oggetto la nostra ricoverata sia stata una pneumonite acuta del lobo inferiore destro, in gran parte centrale; non ci nascondiamo però che a questa si sia associata la infezione palustre, ma questo è un fatto che chiamerei normale, per malati che si trovano nelle condizioni della nostra puerpera e cioè con grave e cronica infezione malarica. Il rapido e completo ristabilimento è infine un'altra prova che se la pneumonite acuta deve essere riguardata quale importante complicazione dello stato gravidico, poco interesse invece ha dopo il parto, e non si osserva speciale influenza reciproca fra puerperio e pneumonia.

Veniamo finalmente all'ultimo caso. L'interesse di questo non sta più nella diagnosi: chiunque scorra anche rapidamente la osservazione dettagliatamente esposta, riconosce subito come si sia trattato di un grave processo infettivo puerperale: l'andamento clinico fece portare la diagnosi di flebite infettiva resa questa certa dalla successione morbosa di forme secondarie polmonari: i disturbi dell'apparato respiratorio (aumento nella frequenza respiratoria, tosse, sputo dapprima striato di sangue, purulento poi, gli scarsi fenomeni acustici e plessici) dovevano inevitabilmente condurre a questa diagnosi. Invece l'importanza sta tutta nella prognosi; nel caso in questione fu questa portata quale infausta, ciò che non impedì che la donna potesse giungere a guarigione. Ma la nostra sbagliata prognosi era basata sulla osservazione di non pochi casi clinici l'andamento dei quali era perfettamente identico a questo e che tutti terminarono fatalmente: era basata sulle parole con le quali segnano, i differenti autori, gli esiti di tale malattia in tutti i trattati anche i più recenti (1), era infine appoggiata da quanto distinti e consumati pratici ci ripetereno che cioè la guarigione di tali forme dovea mettersi fra le rarità.

Tuttavia c'è un autore che parlando della flebite infettiva, si può dire che emetta una nota stonata nel coro generale: è quest'autore il Fordyce Barker. Ecco infatti come termina la sua lezione XVIII che porta per titolo: *Setticemia e piemia puerperale*:

« In conclusione, o Signori, io vi esorto, nel caso di piemia puerperale, a non pronunziare verdetto di morte, nemmeno nella mente vostra, bensì a prendere la determinazione di combattere il morbo con tutte le risorse terapeutiche saggiamente scelte di che potete disporre; sono certo che i vostri sforzi saranno coronati da un esito migliore di quel che sarebbero, influenzati dallo scetticismo o dal dubbio intorno all'efficacia dei rimedi » (2).

---

(1) Si veda in proposito il recentissimo: Siredey. *Les maladies puerperales*. Paris 1884.

(2) Lezioni cliniche delle malattie del puerperio. Trad. ital. Tamburini. Milano 1867, pag. 253.

La pubblicazione di questa istoria non ha che il modesto scopo di dimostrare vera questa conclusione del Barker, e di spingere perciò il medico a far di tutto prima di dichiarare perduta la donna.

Tralascio le molte considerazioni che potrebbero esser fatte sul momento causale della forma infettiva osservata nella nostra puerpera, perchè questo non mi sembra il *luogo opportuno.*

Novara, aprile 1885.

LAPAROTOMIA PER GRAVIDANZA EXTRA-UTERINA

Osservazioni e considerazioni

del Dott. PAOLO NEGRI

Professore e Direttore della Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara.

Pongo una questione: *data una gravidanza extra-uterina, con feto morto da tempo, senza urgente indicazione da parte della donna, conviene intervenire attivamente, od è preferibile una vigile aspettazione?*

Nel caso che io tra poco ricorderò mi trovavo precisamente in queste circostanze ed esitai alquanto: alla fine prescelsi l'intervento e non ebbi a pentirmene: ma le ragioni che mi spinsero a ciò verrò esponendo dopo aver narrato al lettore le vicende di cui fu oggetto la mia operata.

I.

N.... N...., d'anni 28, di Legnago, viene accolta nella Clinica da me diretta il 27 novembre 1884.

Mestruata per la prima volta a 14 anni; il periodo mestruo durava da 4 a 5 dì; la quantità del sangue perduto piuttosto scarsa; per l'epoca però sempre regolarmente ricomparivano i catameni.

Or sono 9 anni passò a marito; ingravidò subito in modo che nel primo anno di matrimonio ebbe il primo parto a termine; la bambina allora nata è ancora vivente e gode ottima salute. Due anni dopo, ossia 7 anni fa, ingravidò nuovamente: anche questa seconda gravidanza decorse normalmente e terminò con parto regolare di un maschio che visse fino all'età di 19 mesi.

Tanto il puerperio primo che quest'ultimo decorsero secondo norma; la N.... allattò per un anno la bambina, e per un anno e mezzo il bambino ultimo nato.

Non ingravidò più fino all'anno 1883. Notò che dal maggio di quest'anno la mestruazione sebbene comparisse affatto regolarmente per l'epoca, tuttavia andava facendosi sempre più scarsa per la quantità; e l'ultima comparsa mestruale fu nei primi *del settembre 1883*. Non ebbe ad avvertire alcun fenomeno simpatico: nel *gennajo 1884 percepì i primi moti attivi fetali;* nel *febbrajo tali movimenti si fecero oltre ogni dire marcati,* ed a quest'epoca la donna asserisce di aver avuto il suo addome *disteso come se la gravidanza fosse arrivata al settimo mese.* Dal *marzo 1884 in poi non avvertì più movimenti nell'interno del suo ventre,* anzi in luogo di assistere al graduale aumento del ventre, in quest'epoca appunto cominciò a notare una *certa stazionarietà, indi un deciso impiccolimento.* Nel *luglio 1884* ricomparve la mestruazione che si ripetè *regolarmente*, tolta una anticipazione di 4 o 5 dì, nell'agosto, settembre, ottobre e novembre 1884 (24); però tale mestruazione dal luglio in poi si fece abbondante tanto da durare 8 dì anzichè 4 o 5 come prima della gravidanza attuale.

Fin qui, sebbene strano, l'andamento della gravidanza non avrebbe di molto impressionato la donna; ma quello invece che avea subito richiamata la sua attenzione si fu la comparsa di *accessi dolorosi* a tutto il suo addome: cominciarono tali dolori nell'ottobre 1883 e si riprodussero con intervalli maggiori o minori fino all'agosto 1884: tali patimenti consistevano in dolori diffusi all'intero addome ma specialmente alla regione epigastrica: comparivano sotto forma di accessi, nei primi mesi assai vicini gli uni agli altri, dal febbrajo in poi sempre più lontani fino all'agosto in cui cessarono completamente; sembra che durante tali accessi non vi fosse elevazione termica alcuna.

Altro particolare notato dalla donna si fu il modo con il quale a differenza delle antecedenti gravidanze percepiva i moti attivi fetali: erano cioè in questa gravidanza marcatissimi, superficiali, e riuscivano alla madre dolorosi. Nel febbrajo 1884 tali moti si fecero più intensi ed a questo periodo di maggiore attività succedette altro di quiete assoluta che incominciò nel successivo marzo.

Per questi fatti veramente strani consultò non pochi e distinti pratici e vicini e lontani; io la vidi per la prima volta in Legnago ne' primi di novembre del 1884 in uno agli egregi medici del luogo Dott. Righi e Dott. Salmasi: il primo, quale medico curante, aveva già portata la diagnosi di gravidanza extrauterina. Convenendo nella diagnosi invitai la donna a ricoverare nella clinica di Novara, qualora si decidesse per un atto operativo: e la donna tenne l'invito e ricoverava infatti fra le gravide legittime il 27 novembre (1).

---

(1) Debbo qui un ringraziamento all'Amministrazione dello Spedale Maggiore, in allora presieduta dal Cav. Faa, per aver concesso gratuito ricovero alla donna, *sebbene non appartenente al circondario.*

Ed ecco ora quali erano le condizioni al momento dell'accettazione.

Di media statura, di discreta nutrizione generale, a mucose però un po' pallide. L'esame degli organi dei sensi e quello degli apparati cardiaco-vascolare e polmonare non fermano per nulla l'attenzione; pure gli organi ipocondriaci nulla offrono di speciale: l'addome è poco ed inegualmente disteso; la circonferenza addominale a livello del bellico misura cent. 72; la massima ad un livello intermedio fra bellico e pube arriva a 78: la distanza fra margine superiore della sinfisi del pube e la cicatrice ombellicale è di cent. 18, quella fra pube e punta sternale di cent. 33.

La metà inferiore del ventre è irregolarmente distesa da un corpo solido, a superficie non liscia, disposto con il suo massimo diametro in senso trasversale: misurato con il compasso da spessezza si trova: diametro trasversale cent. 19, diametro verticale (sulla linea mediana) cent. 12. Palpando metodicamente questo corpo si riesce a stabilire: 1.° che è come posto al disopra dello ingresso pelvico, e che nessuna parte del detto corpo penetra entro lo scavo; 2.° che esso per i caratteri offerti è un feto: infatti nella fossa iliaca sinistra si palpa una testa dura, schiacciata e su essa si possono anche designare suture e fontanelle: la parte del corpo che guarda contro lo ingresso pelvico non è altro che il dorso fetale; al margine superiore di questo corpo, nelle vicinanze della linea che passa per la cicatrice ombellicale orizzontalmente, si sentono i rilievi fetali dovuti nella metà sinistra alla spalla, e braccio di destra, nella metà destra agli arti inferiori. Per la presenza di pareti addominali piuttosto sottili e per essere tale corpo subito sotto la parete addominale, tali particolari possono essere con tutta facilità constatati anche da persona poco abituata alla metodica palpazione ostetrica.

Complessivamente questo corpo, che ormai possiamo dir feto, gode una certa mobilità ma è come limitata specialmente nel senso verticale: vi ha di più che se si prendono fra le dita le pareti addominali ridotte a pieghe in corrispondenza de' quadranti inferiori, non si riesce a distaccarle dal corpo sottostante, perchè sembrano a queste unite validamente.

L'ascoltazione ripetuta sopra la regione dei due quadranti inferiori è affatto negativa: la percussione dà suono ottuso là ove la palpazione riscontra il corpo fetale.

L'esplorazione vaginale, assai facile, ed assai chiara non lascia dubbio alcuno; infatti il dito esplorante trova l'utero alquanto ingrossato specialmente nel corpo, in retroversione, è abbastanza mobile; passando con il dito al disopra dell'utero può toccare attraverso il fornice anteriore, allo stretto superiore il tumore costituito dal feto.

Per la via rettale si può ancor più agevolmente stabilire la indipendenza

del corpo palpato nell'addome, dall'utero in retroversione: la pressione fatta sul corpo uterino riesce alquanto dolente. Tutto il restante esame è affatto indolente. La donna non accusa nè disturbi da parte della vescica, nè dal retto. Non si pratica il cateterismo uterino perchè ritenuto in tal caso affatto inutile.

Si stabilisce la diagnosi di: *gravidanza extra-uterina addominale; feto morto da circa otto mesi:* si decide di intervenire con la laparotomia già proposta ed accettata dalla donna.

L'atto operativo fu praticato nella clinica il 1° dicembre 1884; erano presenti il Dott. Fara, assistente alla Scuola, ed i signori Dottori Parona, Bardeaux e Martelli, chirurghi primari nello Spedale Maggiore, nonchè i Dottori Giulietti e Squarini medici-chirurghi in detto Spedale.

Alle ore 10. 30 ant., dopo aver ottenuta la cloronarcosi completa (cloroformio puro fatto inalare con il semplicissimo apparecchio di Kurschmann) funzionando lo spray a vapore (soluzione fenicata al 2,5 %) ed avendo attuate tutte le altre ormai note e ritrite precauzioni antisettiche, incisi a strati la parete addominale sulla linea alba cominciando due dita trasverse sopra il margine superiore della sinfisi del pube ed arrivando un dito trasverso sotto il bellico (lunghezza di cent. 10 circa). Fu premessa la siringatura vescicale, lasciando poi il catetere maschile metallico in vescica per tutta la durata dell'atto operativo.

In breve tempo si arrivò sul feto, poichè incidendo il peritoneo rimase anche inciso il sottilissimo sacco che conteneva il feto, sacco che era completamente aderente alla parete addominale anteriore; la cute del feto si presentava di un colore giallo verdastro simile assai a quello che talvolta riesce di vedere in talune spesse e durissime cisti dell'ovario; il feto era propriamente situato come antecedentemente era stato stabilito e cioè mantenendo il capo nella fossa iliaca sinistra, aveva il dorso in avanti ed in basso; si avrebbe dunque potuto dire che il feto stava in presentazione della spalla destra, dorso in avanti. Si constatò che l'intero feto aderiva al sacco in cui era contenuto, e che alla sua volta questo sacco aveva rapporti molteplici con le anse intestinali che ai lati ed al disopra l'attorniavano: rotte con la mano parecchie di queste aderenze ch'erano lasse, afferrato un arto inferiore del feto mi riuscì di trarre con sufficiente facilità l'ovoide podalico nella breccia addominale: cautamente tirando e contemporaneamente togliendo le aderenze mano mano che si presentavano e che fortunatamente pochissimo erano sanguinanti e poco estese ma molteplici, mi riuscì di estrarre il feto intero: nel momento però in cui usciva il capo fetale questo trascinò seco due anse del tenue che erano proprio saldate sul sacco fetale nettamente aderente ai tessuti pericraniali. Tolte anche queste aderenze e ricondotte le anse nel cavo addominale, m'accorsi che il feto uscendo trascinava seco anche il suo cordone ma non con questo la placenta; allora ricercai con la mano

tale parte ma non mi fu dato trovarla: vedevo ovunque resti di sacco più o meno estesi e sottili, ma nulla che corrispondesse alla placenta: l'utero era, come avea mostrato il riscontro in retroversione, alquanto ingrossato con il suo corpo.

Fatta allora attenta toiletta addominale, assicuratomi che da nessun resto di sacco venisse sangue, chiusi completamente la ferita addominale con sei punti di sutura nodosa profonda e quattro superficiali; il tutto fu medicato come di consueto.

L'atto operativo durò complessivamente a sutura finita, minuti venti: il cloroformio impiegato fu nella quantità di grammi venti; lo stato della donna subito dopo era ottimo.

1 Dicembre	3 pom.	37,2	80	Alle 9 3/4 pom. iniezione ipodermica di morfina; non ebbe mai vomito; solo dolori addominali. Cateterismo.
	7 pom.	37,4	84	
2 Dicembre	7 ant.	38,4	124	Dormì dopo la iniezione; senso di calore; sete; giornata tranquilla; non vomito. Cateterismo.
	11 ant.	38,5	112	
	3 pom.	38,2	104	
	7 pom.	38,1	96	
3 Dicembre	7 ant.	38	92	Notte in parte dormita; dolori in continuo decrescimento; sudore. Terapia; 4 pillole di oppio da 1 centigrammo. Cateterismo.
	12 m.	37,8	96	
	3 pom.	38,1	92	
	7 pom.	37,9	96	
5 Dicembre	7 ant.	37,8	92	Nessun dolore; urina da sè; nulla di speciale.
	12 m.	37,5	80	
	3 pom.	37,8	92	
	7 pom.	37,6	84	
5 Dicembre	mattina	37,3	80	Notte completamente dormita. Nessuna terapia.
	sera	37,6	88	
6 Dicembre	mattina	37,5	84	Riposò poco nella notte. *Comparsa della mestruazione* (antic. di circa 20 dì).
	sera	37,3	90	
7 Dicembre	mattina	37,4	88	Notte completamente dormita. *Continua la mestruazione.* Scarica alvina in seguito a dose di citrato di magnesia.
	sera	37,5	84	

8 Dicembre	mattina	37,2	80	Diminuzione nella *mestruazione*. Bene in tutto; alvo aperto.
	sera	37,5	82	
9 Dicembre	mattina	37,3	80	La *mestruazione è cessata*. Furono tolti oggi tutti i punti; *coalito completo ovunque*.
	sera	37,2	90	
10 Dicembre	mattina	37,4	80	Scarica in seguito a purga (olio di ricino) che provocò dolori lievi all'addome.
	4 pom.	38	96	
	sera	37,8	90	
11 Dicembre	mattina	37,6	90	Assolutamente bene e localmente e nel generale.
	sera	37,2	84	
12 Dicembre	mattina	37,7	80	Bene in tutto.
	sera	37,4	88	

Il giorno 14 dicembre, ossia in 14ª giornata, si alza dal letto per la prima volta, in brevissimo tempo acquista le sue forze in guisa che il 20 dicembre abbandonava la clinica nelle seguenti condizioni: nutrizione generale marcatamente migliorata: cicatrice lineare sulla linea alba lunga 9 centimetri ovunque regolare e resistente. Nel quadrante inferiore destro una attenta palpazione mostra un corpo del volume di un mandarino, mobile affatto, indolente che si continua in basso in guisa che il dito portato in vagina lo sente dal fornice anteriore; tale corpo può essere costituito da tessuto placentare in uno a qualche residuo di sacco; è affatto mobile ed indolente anche all'esame combinato; l'utero si mantiene ancora in retroversione ma meno marcata di quella che era al momento del primo esame.

Notizie avute nel febbraio e nel marzo ci fanno sapere che la donna gode di un benessere generale non mai avuto prima dell'atto operativo: che la nutrizione va continuamente guadagnando; che non prova dolore anche minimo nè all'addome nè alla regione pelvica: infine che la mestruazione ricomparve e regolarmente alla metà di gennaio ed alla metà circa di febbraio 1885. Prima di smettere con la narrazione di quanto direttamente concerne la storia clinica, credo ben fatto il dare un succinto esame del feto.

Pesa grammi 1100 è lungo cent. 32 (16 1/2–15 1/2); il capo è bene conformato, però si presenta come schiacciato nel senso trasversale; tutta la testa è fasciata da una membranella dura resistente, lucente, che passa a guisa di ponte sopra gli occhi, sulla bocca, sul naso, e che con qualche difficoltà si riesce a

distaccare dai tessuti sottostanti che conservano i loro caratteri anatomici e sono in qualche punto ancora spalmati dallo strato sebaceo.

Tale involucro si trova pure su tutto il tronco fetale comprendendo anche gli arti superiori che son tenuti flessi e come strettamente fasciati a ridosso delle regioni laterali del torace: tale strato coprendo interamente le mani le cambia in ispecie di monconi subrotondi; anche gli arti inferiori si trovano nelle stesse condizioni, ma quello che più desta meraviglia è il modo con il quale risultano ermeticamente ravvolti i piedi.

L'orificio anale è ampiamente beante, gli organi genitali esterni (femminili) bene conformati; il cordone ombellicale è stirato in alto ed a sinistra, passa sopra la spalla sinistra, fa un giro attorno al collo e scende poi nuovamente sopra la faccia anteriore del corpo.

L'involucro presenta alla sua faccia esterna numerose esili appendici che corrispondono alle moltissime aderenze già esistenti con le pareti e con i visceri addominali.

Complessivamente il feto si presenta assai bene conservato, con forme rotondeggianti e senza palesi modificazioni nella struttura dei tessuti.

Mi riservo di far conoscere in altra occasione i risultati della indagine microscopica che sarà portata su tutti i tessuti e sui vari organi.

II.

Non vi ha dubbio che i rapidi progressi della chirurgia abbiano allargato molte delle indicazioni altre volte messe quasi confini, oltre ai quali la mano del chirurgo e spesso anche la mente non poteano andare; e se le cavità articolari e quella peritoneale erano ancora pochi anni fa il *noli me tangere,* oggi invece sotto l'usbergo della medicatura antisettica si può dire che nessuna cavità del corpo umano non sia accessibile al coltello chirurgico.

Ora anche l'ostetricia facendo suoi tali progressi, può, deve anzi allargare i confini del suo intervento ed in oggi metter la mano con piena fiducia e quasi sicura là ove fino a pochi anni fa l'opera sua poteva esser chiamata temeraria. In questo caso si trova appunto la questione da me posta nelle prime righe del presente scritto.

In altre parole nei casi simili a quello oggetto della esposta istoria, può l'ostetrico passare alla cruenta estrazione del feto? Se si indagano i vari autori, se si ricercano i capitoli concernenti la gravidanza extra-uterina nei vari trattati appare quasi ovunque questa sentenza; se lo stato generale della donna è buono, se il feto sembra incapsulato, se non ne risultano disturbi funzionali di rilievo è meglio attendere ed intervenire solo quando sorga qualche nuova indicazione.

Per mio conto questo ragionamento non va: io invece penso che purchè sia passato un certo tempo dalla morte del feto (e ciò per ragioni molto ovvie) convenga sempre intervenire, ed anzi sia meglio farlo quando le condizioni della donna sono fiorenti perchè migliore in allora il pronostico. Mi pare che a questo riguardo si riproduca nell' ostetricia ciò che si è fatto nell' affine campo ginecologico a proposito dello intervento nelle cisti ovariche: anche qui si volea attendere che il generale della donna ne risentisse, che il tumore avesse guadagnato un certo dato volume, che la donna infine spontaneamente domandasse l' atto operativo, ma la esperienza ha mostrato invece che l'ovariotomia precoce dovea preferirsi perchè più facile l' atto operativo, e migliori le condizioni generali della donna, conseguentemente più felice la prognosi. Ormai ben pochi sono ancora i ginecologi che aspettano molto tempo prima di praticare la ovariotomia, i più si sono schierati fra i fautori del pronto intervento.

Ora vediamo che cosa dice uno scienziato e pratico eminente a proposito della gravidanza extra-uterina: così scrive lo Schroeder a pag. 422 del suo trattato: « se verso la fine della gravidanza il feto è morto, si dovrebbe medesimamente fare la laparotomia, o meglio, per evitare emorragie nel luogo di inserzione della placenta, farla più settimane dopo quella morte — dopo 9 settimane dalla morte del prodotto del concepimento io ho ancora visto prodursi una forte emorragia dalla zona placentare. » Ed a pagina 423. « E poichè la esperienza giornaliera insegna che coll' andare del tempo i litopedii suscitano sempre delle infiammazioni attorno a loro pericolose alla madre, così anche qui l' intervento chirurgico è molto più raccomandabile della cura aspettativa. »

Da queste ultime parole si può concludere a giusta ragione che lo Schroeder a differenza di molti altri autori è fautore dello intervento in tutti i casi di gravidanza extra-uterina perfino allorchè si incontra il *così detto litopedio* (1), ritenuto da molti come l' esito il più fortunato per la madre e che permise in certi casi una lunga vita dopo l'accidente.

E questa idea dell' intervento la trovo anche esplicitamente in uno scritto pubblicato qualche anno fa negli *Archives de Tocologie.* Il Dott. Phenomenow così infatti scrive: « Nous rejetons l'avis assez répandu que l'état général de la malade peut s'opposer à l'opération. S'il est mauvais et même désespéré, produit

---

(1) A proposito del litopedio negli *Atti della Società Ostetrica di Londra*, Vol. XXIII, Robert Barnes in una sua *Note an the so called « lithopedion »* concluderebbe: 1.° che il processo principale di calcificazione ha luogo nelle pareti cistiche e nelle membrane fetali; 2.° che una calcificazione meno avanzata ha luogo negli integumenti del feto, e che in parte concrescono per la calcificazione cogli involucri e colle pareti cistiche; 3.° che i tessuti fetali situati più profondamente, compresivi i visceri, si impregnano più o meno di sali calcarei senza però diventare *nè duri ne tanto meno lapidei* (Vedi *Ann. Univ*, parte Rivista — Giugno 1884).

par les souffrances en question (telles que la suppuration lente, le processus ichoreux, etc.) l'unique moyen est d'éloigner la source de ces souffrances. *Si au contraire l'état de la malade est jugé bon, d'autant nous gagnons de chances pour le succès.* Il s'ensuit donc que dans les deux cas l'opération a également sa raison d'être (1). »

Che del resto anche superato il primo pericolo da parte della madre, ed incapsulato il feto questo possa esser poi causa di danni e gravi fu dimostrato da esempi numerosissimi, ma tra questi amo ricordarne uno perchè offerente certi punti di contatto con quello caduto sotto la mia osservazione.

È riferito dall'Hofmeier e lo trovo riprodotto negli *Annales de Gynecologie.* Eccolo: (2) « nella clinica diretta dal Prof. Schroeder fu portata una donna con accentuati sintomi d'ileo, tali segni duravano da parecchi giorni. Studiando attentamente il racconto della donna si poteva concludere con grande probabilità che la donna avea avuto due anni e mezzo prima una gravidanza extra-uterina. Si poteva palpare nell'addome un tumore leggermente mobile, di marcata consistenza e circondato da una zona a risonanza timpanica. Peggiorando continuamente lo stato generale il Prof. Schroeder si decise a praticare la laparotomia. Si pervenne sopra un feto che assolutamente libero nella cavità addominale conservava un atteggiamento affatto naturale. Era assai bene conservato e coperto alla faccia anteriore dall'epiplon con il quale aveva connessioni vascolari. Sembrava totalmente ravvolto in una delicata membrana; gli orifici buccale, nasale ed oculari erano completamente coperti, le dita come fuse tra loro. Dopo aver legato l'epiploon l'estrazione dell'uovo si compiè rapidamente: non si trovò alcun resto di cordone: ma l'esame diretto a ritrovare la causa reale dell'ileo e la sede dell'inserzione placentare, fece scoprire sul lato sinistro dell'utero un tumore duro del volume di un pugno. Da quello partiva un cordone ripetutamente torto sopra sè stesso e che andava a terminare in un punto del mesenterio dell'ileo. Solo con grande difficoltà si riuscì a dividere il tumore dall'utero. Sfortunatamente la data remota dei disturbi peritoneali e l'avanzato processo di disgregazione non permisero di salvare la ammalata. Morì di esaurimento 24 ore dopo l'atto operativo. Fu impossibile lo stabilire dallo studio del pezzo la sede primitiva della gravidanza. » Per mio conto io sono convinto che se la donna oggetto di questa osservazione fosse stata operata molto tempo prima, avrebbe con tutta certezza incontrata la guarigione: è dunque un caso dimostrativo assai per la tesi che mi sono assunto. E qui mi sarebbe facile il moltiplicare gli esempi, ma ciò sarebbe anche altrettanto inutile e noioso per il lettore.

---

(1) L. c. *De la gastrotomie dans la grossesse extra-uterine.* Octobre 1882, pag. 588-589.

(2) *Ann. de Gynecol.* Mars 1885, pag. 224-225.

Sopra un punto ancora voglio fare una osservazione, e questo è sull'allontanamento della placenta: è sempre necessario l'asportarla, deve il chirurgo allungare di molto l'atto operativo appunto per questo scopo?

Nel mio caso non trovando la placenta mi limitai all'estrazione del feto e chiusi senz'altro il peritoneo: al momento della dimissione potei constatare con l'esame combinato che un corpo del volume di un mandarino si potea palpare nel cavo addominale: sono convinto che per la massima parte quel corpo era costituito dalla placenta. Alle minute ricerche entro il cavo addominale per trovare la placenta preferii l'abbandonarla. In questo io seguii una via inversa a quella tenuta da Lawson Tait: in un caso operato per gravidanza tubarica aperto l'addome lo trovò pieno di grumi: dalla tromba destra rotta protendeva la placenta: legò ed escise la tromba; cercò dappertutto il feto, ma non riuscì a trovarlo; lo suppose innicchiato nella matassa intestinale, e suppose anche che vi sarebbe stato assorbito; la donna guarì (1). Nel mio caso a me bastava sopratutto togliere il feto: è questo infatti che può riuscire oltremodo pericoloso alla madre; di nessun conto o quasi può invece calcolarsi la placenta (2), poichè questa profondamente alterata dalla limitata nutrizione può benissimo esser tollerata entro l'organismo materno; tale cosa era in me resa ancor più accettabile per l'altro fatto osservato qualche mese prima in compagnia del Dott. Chauvenet, e nel quale pure una gran parte della placenta era stata incapsulata nel sacco fetale là lasciato completamente in sito (3).

Se ora dalla questione in generale scendiamo al caso nostro speciale troviamo pure qualche dato di speciale importanza. Anzitutto anche nella N.... come in tante altre non sappiamo riscontrare la causa del grave accidente; precedettero a quella ectopica due gravidanze uterine; non s'ebbero nei puerperi processi morbosi tali da far ammettere rilevanti lesioni nell'apparato sessuale, nè la ulteriore funzione di questo fu per nulla turbata.

Se poniamo mente all'andamento di tale gravidanza troviamo che fin dall'esordire, ossia nel mese di ottobre, cominciò ad avvertire moleste ed inusitate sensazioni dolorose nel suo ventre, che tali disturbi man mano si fecero più intensi con il crescere dell'età gravidica, e che sopratutto si fecero intensi, oltremodo marcati e perfino dolorosi i movimenti attivi fetali. Mi pare che tale racconto, confrontato anche con il reperto che si ebbe al momento dell'atto operativo, possa far iscrivere tale gravidanza fra quelle addominali, e che cioè nel nostro

---

(1) Cinque casi di gravidanza extra-uterina operati al momento della rottura della cisti. (*Annali di Ostet., Gin.* e *Ped.* Agosto-Settembre 1884).

(2) Sempre inteso nei casi, come il nostro, nei quali la morte del feto dati da molti mesi.

(3) Gravidanza extra-uterina felicemente curata con la elitrotomia (*Annali di Ost., Gin.* e *Ped.*, Gennaio-Febbraio 1885.

caso si debba ammettere la caduta dell' uovo fecondato entro il peritoneo e che in questo si sia svolto.

Ed ancora nell'andamento successivo collimano il racconto della donna ed i fatti osservati; alla fine del 7° mese, cioè nel febbraio, quando appunto la donna nota il suo ventre sviluppato come lo era nelle due antecedenti gravidanze al 7° mese, i movimenti si fanno violentissimi, e a questi succede la calma assoluta; si può adunque ammettere la morte del feto come avvenuta alla fine del 7° mese; il peso, le dimensioni, i caratteri del cadaverino estratto fanno accettare per vera tale ipotesi.

Non mi soffermo ad altre considerazioni che qualunque dei lettori può fare; accennerò solo alla completa innocenza dell'atto operativo praticato, che permise alla donna di abbandonare il letto completamente guarita dopo solo 13 dì; tali risultati non invogliano forse sempre più l'ostetrico ad intervenire in tali circostanze? Ai pratici il rispondere con l'opera (1).

Novara, marzo 1885.

---

(1) Con quella qui narrata sono dieci le laparotomie da me eseguite per indicazioni ostetrico-ginecologiche. Non credo mal fatto qui presentarle in uno specchietto.

1. 1881 —	Taglio cesareo metodo Porro .	guarigione	V. *Ann. di Ost., ecc.*	1881 Nov.-Dicem.
2. 1882 —	Ovariotomia per cisti a sviluppo intralegament. (ovarica) drenaggio	guarigione	»	1882 Novembre
3. 1883 —	Amputazione sopravaginale dell'utero per fibromi multipli	morte	»	1884 Gennajo
4. 1883 —	Ovariotomia doppia per cistomi ed amputaz. sopravaginale dell' utero per fibromi	guarigione	»	1884 Gennajo
5. 1884 —	Voluminoso tumore fibro-cistico dell'utero. Amputazione sopravaginale	morte	»	1884 Ottobre
6. 1884 —	Amputazione sopravaginale dell'utero per fibromi multipli	guarigione	»	1884 —
7. 1884 —	Ovariotomia per cisti ovarica .	guarigione	»	1884 —
8. 1884 —	Ovariotomia per cisti del legamento largo; drenaggio .	guarigione	»	1885 Gennajo
9. 1884 —	Ovariotomia per cisto-adenomixoma e diffusione al peritoneo	morte al 25° dì	»	1885 Gennajo
10. 1884. —	Laparotomia per gravidanza extra-uterina	guarigione	»	1885 Marzo-Aprile

SULL'ERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA

OSSERVAZIONI

del Dott. PAOLO NEGRI

Professore-Direttore della Scuola Parreggiata d'Ostetricia in Novara.

I.

Non mi trattengo a discutere sulla convenienza di usare la dicitura *ernia diafragmatica congenita*, o preferire a questa quella di *incompleta chiusura del diafragma*, o *mancanza congenita di porzione del diaframma*, ecc., poichè mi sembra che anche in parte inesatta, la vecchia dicitura sia ancor quella che meglio esprime la cosa; senza sottilizzare troppo sulla parola *ernia*, conveniamo di intendere per ernia diafragmatica congenita, quella nella quale per un incompleto sviluppo del muscolo diafragmatico, una porzione maggiore o minore di visceri contenuti nel cavo addominale viene a collocarsi nell'uno o nell'altro od in ambedue i cavi pleurici. Abbiamo detto senza troppo sottilizzare sulla parola ernia, e perciò trascuriamo il particolare, se o meno i visceri così dislocati abbiano un proprio e speciale sacco costituito dalla sierosa addominale o da questa e da quella pleurica ad un tempo.

Parrebbe a tutta prima che tale vizio congenito come quello che non porta alterazione alcuna nella esterna forma e nelle dimensioni del corpo fetale, poco o nessun rapporto dovesse avere con la ostetricia in genere, con quella pratica in ispecie: ma la cosa corre in ben diversa maniera. La esperienza clinica ha ripetutamente dimostrato che tale lesione può esser causa di morte nelle prime ore dopo la nascita: ecco il legame che unisce tale congenita alterazione di prima formazione fetale all'ostetricia pratica, ed ancor più qualora il parto che portò alla luce il feto mostruoso non si sia espletato naturalmente, ma l'arte sia in qualche modo intervenuta.

E fu appunto un caso di questo genere che richiamò la mia attenzione su questo argomento, e come non infrequentemente arriva, il *nuovo* fatto risvegliò in me il ricordo di *altro* più antico quantunque assai meno interessante. Da ciò

ebbe origine la presente nota che altro scopo non ha all'infuori di quello di portare un novello contributo alla storia anatomica e clinica dell'ernia diafragmatica congenita.

Indirettamente però tale nota ha anche una importanza strettamente scientifica; se è vero che lo studio delle anomalie in genere può rischiarare certi punti dell'embriologia ancora oscuri, che cosa si dovrà dire in modo speciale di ciò che ha attinenza con il sistema muscolare, se il Kölliker potè così compendiare lo stato odierno delle nostre cognizioni nell'argomento: « La storia del sistema muscolare non potrà essere edificata che sulla base di estesi studi embriologici ed approfondite ricerche di anatomia comparata. I primi mancano quasi completamente, le seconde sebbene inaugurate con fortuna sono ancora troppo rare per condurre a risultati generali (1). » Quel poco infatti che noi sappiamo intorno allo sviluppo del diafragma non è neppure in armonia con i fatti teratologici conosciuti, come ha dimostrato già il Duguet, e come vedremo ancor noi dopo l'esposizione delle nostre osservazioni (2).

II.

Osservazione I.ª — Si riferisce questa ad un feto abortivo donato al museo della Scuola Ostetrica Milanese dal compianto Dott. Agudio, già per lungo tempo in quella Scuola medico assistente. Il pezzo teratologico era stato raccolto nei primi mesi dell'anno 1880 nella sua clientela privata; proveniva da una donna multipara che era affetta da rilevante idramnios e nel corso del 6° mese abortiva: il feto espulso di sesso femminile era *anencefalo* non solo, ma presentava contemporaneamente *raddoppiati* quasi tutti gli organi del capo; presentava cioè quattro orecchie, quattro occhi, due nasi, due lingue, ecc. Il tronco fetale non presentava anomalia di rilievo, come pure gli arti superiori; gli arti inferiori invece, come non infrequentemente avviene, mostravano piedi vari, spiccatamente il piede sinistro. Non istarò a descrivere minutamente queste anomalie ma mi riferirò soltanto a quello che di speciale offersero i cavi addomino-pleurici. Erano le alterazioni da addebitarsi alla anomala posizione e conformazione del diafragma. Nella sua metà destra era questo muscolo regolarmente conformato, ma la sinistra metà anzichè disporsi come di norma si ripiegava fortemente in alto in guisa da mettersi in relazione con la faccia posteriore dello sterno, e portarsi in alto in corrispondenza del manubrio sternale; in questa sua metà sinistra inoltre notavasi mancanza di sostanza muscolare per un grande tratto, da cui ne conse-

(1) *Embriologie*. Trad. Schneider. Paris 1882, pag. 841.

(2) Duguet. *De la hernie diaphragmatique congénitale*. Paris. A Parent, 1866.

guiva libero passaggio dal cavo toracico a quello addominale; in conseguenza di ciò i rapporti viscerali erano i seguenti: il timo occupava la sua regione normale; il polmone destro era fortemente cacciato a destra e posteriormente, in guisa da esserne visibile solo particella del margine anteriore, il cuore veniva a risiedere interamente nel cavo pleurico destro (o meglio nel luogo dove avrebbe dovuto trovarsi il cavo pleurico destro); il polmone sinistro era in parte nella destra metà del torace in parte nella sinistra, attraversato a guisa di ponte dall'incompleto ed ectopico diafragma; nel luogo corrispondente al cavo pleurico sinistro si aveano gran parte delle anse intestinali del tenue, del colon, la milza, lo stomaco. Il resto de' visceri addominali era nel cavo addominale propriamente detto. Dobbiamo aggiungere che alcune anse intestinali sottoponendosi al polmone sinistro, venivano dietro a questo a trovar posto fin nel cavo pleurico destro (1).

Come si vede in questo caso le lesioni erano molteplici: riferendosi unicamente al diafragma qui trovavamo ed incompleto sviluppo ed alterata disposizione. Non era così invece nella seguente:

Osservazione II. — Fu questa fatta dalla clinica ostetrica di Novara nel corso dell'anno scolastico 1883-84. Eccola in breve.

Il 24 dicembre 1883 viene accolta la gravida illegittima che assunse il N. 23 del 1884 (Registro dei parti), di anni 19, servente di professione, tolta la febbre intermittente, subita per un anno nella prima infanzia, mai fu ammalata. Fu mestruata a 14 anni per la prima volta e sempre regolarmente per epoca e quantità.

L'ultima ricorrenza mestruale fu dal 16 al 23 aprile 1883 ed il Calendario circolare del Prof. Tibone segna il parto per il 27 gennaio. All'esame clinico praticato il dì 8 gennaio 1884, si trova che la donna è primipara, gravida nel 9° mese, il feto racchiuso nell'utero, unico, vivente; il 18 dello stesso mese si constata il vertice fetale profondamente disceso nello scavo, in posizione O. I. S. A. Il parto si effettuò il 5 febbraio; richiese l'intervento in causa di insufficienza delle contrazioni uterine; si usò il forcipe Simpson allo stretto inferiore; le tirate furono poche, la compressione fatta sul capo lievissima. Al momento dell'estrazione si praticò la episiotomia che salvò completamente il perineo. Nulla offerse di speciale il secondamento. Puerperio assolutamente apiretico fino alla 15ª giornata in cui si inizia una mastite destra che costringe la donna a farsi ricoverare in una sala chirurgica avendo voluto abbandonare la clinica. La donna guarì.

---

(1) Debbo astenermi dallo entrare in più minuti particolari, perchè nella impossibilità di poter ora avere sott'occhio il pezzo teratologico. Questa descrizione sommaria è tratta da alcune mie note e da un bellissimo disegno, opera del troppo compianto Dott. Francesco Cacciamali. Per lo scopo però credo sufficienti i cenni dati.

Il feto estratto era un bellissimo maschio, molto sviluppato, pesante gr. 3730, lungo cent. 51 (26-25). Vagì subito: come di consueto fu portato nel comparto degli esposti; al mattino successivo fu trovato morto; la morte avvenne 16 ore dopo la nascita; prima di morire avea mostrato forte cianosi.

Avvertito del fatto rimasi assai meravigliato della cosa; mi sfuggiva infatti la causa della morte e la mente correva volontieri ad attribuirla alla tenaglia ostetrica, sebbene contro ciò si rivoltassero e la facilità dell'atto operativo, e la minima forza impiegata; d'altronde nelle prime ore di vita extra-uterina avea validamente vagito, ed all'esame del capo non presentava la più piccola lesione, non lasciava neppur vedere la più leggiera traccia delle impronte del forcipe. L'autopsia eseguita 20 ore dopo, potè dimostrare in modo assai netto il perchè di quella morte che a tutta prima molto potea avere del misterioso. Eccone il reperto.

Conformazione generale affatto regolare; nessuna lesione cranica apparente; non impronta delle branche del forcipe; non alterazioni di prima formazione agli arti; non anomalie nel cordone. Aperto il cranio non si riscontra lesione alcuna nel suo contenuto; non versamento sanguigno, solo marcata stasi venosa nei seni della dura madre; il sangue è nerastro piuttosto denso. Nel corpo striato di sinistra un piccolo corpicciuolo cistico della grandezza di un granello di miglio; nessuna lesione alla base cranica.

Torace ed addome. Appena aperte queste due cavità si scorge l'ambito addominale interamente occupato del fegato. Questo viscere misurato secondo la curva presenta una semi circonferenza trasversale anteriore di cent. 13; un'altezza di cent. 8; è marcatamente sviluppato il legamento sospensorio del fegato lungo circa 5 cent.; il volume del fegato appare a prima vista molto maggiore per la posizione assunta; la faccia superiore-anteriore è affatto anteriore, e la inferiore è diventata in conseguenza quasi posteriore; la vena ombellicale e la cistifellea nulla offrono degno di nota.

Sollevando il fegato si vedono in gran parte coperto da esso due soli visceri; a destra il rene destro normale per forma solo spostato in basso in modo che la sua metà inferiore sta nella fossa iliaca destra; a sinistra un tratto d'intestino grasso corrispondente al colon discendente ed a parte del trasverso munito di lungo mesenterio discende tortuosamente da sinistra ed in alto verso sinistra ed in basso per terminare con l' S iliaca e penetrare nel bacino sulla linea mediana in corrispondenza del promontorio. Nella fossa iliaca sinistra all'apertura inguinale interna si trova il testicolo sinistro; il destro è invece nello scroto; però c'è ampia comunicazione fra vaginale e peritoneo. Seguendo l'andamento del colon in alto ed a sinistra si penetra liberamente nel cavo pleurico sinistro passando al davanti ed al disopra del rene sinistro che si trova per i due

terzi inferiori nel cavo addominale, con il terzo superiore nel cavo pleurico sinistro.

In questo cavo pleurico (sinistro) trovansi: tutto il resto del colon trasverso, il colon ascendente, il cieco e tutta intera la massa dell'intestino tenue; lo stomaco intero cacciato nella parte inferiore immediatamente a ridosso del diafragma, la milza cacciata nella parte posteriore a ridosso della colonna vertebrale (ingrossata la milza ed alterata nella forma), e finalmente il polmone sinistro diviso in due lobi, piccolo, di color rosso chiaro. L'esofago attraversa regolarmente il diafragma e poi è stirato e ripiegato in alto dallo stomaco e descrive così una specie di lettera U di cui la branca corta è rappresentata dal tratto che passa sotto ad una specie di ponte di tessuto diafragmatico esistente fra luogo di passaggio normale dell'esofago ed apertura anormale.

Il sacco pericardico è cacciato nella parte inferiore della metà destra del torace; il cuore è disposto in modo che la punta si trova esattamente sulla linea mediana e poggia sul diafragma un po' al disopra della punta sternale. La base invece è tutta a destra quasi contro il costato destro. Nella parte superiore sta il timo; il polmone destro affatto nascosto è fortemente tenuto contro la colonna vertebrale nel cavo pleurico destro; è molto più voluminoso del sinistro polmone; risulta normalmente da tre lobi, e mostra segni di parziale respirazione.

Il *diafragma* è ovunque disposto e conformato secondo norma tranne nella parte posteriore di sinistra; qui questo muscolo passa a guisa di ponte a ridosso del colon, ed all'interno di questo sopra l'estremo pilorico dello stomaco.

Il rivestimento sieroso del diafragma non contrae relazioni con il colon, nè con la parete anteriore dello stomaco; è invece fissato largamente con la regione dello stomaco corrispondente alla piccola curvatura; il contorno della anormale apertura diafragmatica è rotondeggiante e qui si continuano peritoneo e pleura.

Curioso da tutto ciò risulta l'andamento del tubo gastro-enterico: si può così riassumere: l'esofago appena penetrato nel cavo addominale si ripiega in alto e passa nel cavo pleurico sinistro ove si unisce allo stomaco; questo con il suo corpo sta nel cavo pleurico sinistro ma con l'estremità pilorica sta di nuovo nel cavo addominale qui stirato, attraverso la anomala apertura dal condotto coledoco; poi tutto il tubo enterico ritorna nel cavo pleurico, ad eccezione del colon discendente che ripassa nel cavo peritoneale per guadagnare la pelvi e terminare nel retto. Nessuna alterazione si riscontra all'esame dell'apparato urinario.

III.

Varie considerazioni sorgono spontaneamente da questa rapida esposizione dei due fatti, alcune di queste sono di importanza strettamente pratica, altre invece hanno attinenza con la embriologia e più ancora con la teratologia.

Passando sopra alla prima osservazione, arrestiamoci un momento sulla seconda: in questa la ernia diafragmatica produsse la morte del neonato sedici ore dopo la nascita; nel caso in discorso il parto domandò l'intervento in causa della insufficienza delle contrazioni uterine; il feto nacque vivo, era molto bene sviluppato e vagì subito.

Ora se non si fosse praticata la autopsia poteva sorgere il dubbio intorno alla causa della morte, e con tutta probabilità si sarebbe volontieri ammessa una qualche lesione procurata dal forcipe; in caso affatto simile si trovarono altri: una delle ultime osservazioni rese di pubblica ragione appartiene al Dott. Polaillon (1). Anche in quel caso si dovette intervenire con il forcipe; e con tutta facilità fu estratto un feto maschio che ben presto vagì, ma qualche minuto dopo la respirazione si sospese; nonostante che fosse praticata dall'A.e continuata e regolare insufflazione tuttavia il feto morì in capo a tre ore: durante i tentativi per richiamarlo in vita si potè stabilire e con il mezzo della vista e con il tatto un sollevamento ritmico di un punto della parete toracica all'infuori del capezzolo destro, al disotto dell'ascella destra.

All'autopsia l'A. potè constatare molte anse intestinali del tenue, una porzione dell'intestino grosso e la metà del fegato nel cavo pleurico sinistro; ciò era conseguenza della mancanza dell'intera metà laterale sinistra del diafragma.

Il Pollaillon cerca poi di poter stabilire la diagnosi nei casi in cui il feto nascendo vivo, incontra la morte qualche ora o qualche giorno dopo: richiama l'attenzione sopra i fatti seguenti:

Cianosi della pelle; respirazione a tipo toracico e non a tipo addominale; sforzi marcati di inspirazione; dilatazione delle narici e della bocca; energica contrazione dei muscoli del collo. Produzione di borborigmi, allorquando si comprima la base del torace, non solo nel cavo addominale ma anche in quello toracico. Infine come segno principale lo spostamento del cuore; specialmente nel caso che questo sia nella destra metà del torace. Nella mia osservazione essendomi stato subitamente tolto il bambino (perchè trasferito agli esposti) non mi fu possibile il praticare osservazione alcuna; ricordo però che qualche cosa di

---

(1) *Note sur l'absence congénitale d'une portion du diaphragme.* — (*Annales de Gynecol.*, 1881, Avril. Pag. 267 e seg.).

anormale c'era nel modo di respirare, e che fin dalla nascita mantenne sempre un certo grado di cianosi.

Il Polaillon insiste sul complesso di questi vari segni come quelli che *permettendo di riconoscere la cattiva conformazione del diafragma*, permettono *eziandio un pronostico grave,* e *salvano così la responsabilità dell'uomo dell'arte.*

Se consideriamo le due osservazioni dal punto di vista della teratologia troviamo ancora avverarsi qui quello che fu ripetutamente notato, e cioè che tale alterazione diafragmatica si trovava in una delle due metà e precisamente in quella sinistra; inoltre nella prima osservazione l'alterazione del muscolo oltrechè di forma era anche di sede; ed a questa si aggiungevano molteplici altre e profonde alterazioni nel resto del cadaverino.

Il Lomer anche recentemente notava questa coincidenza presentando alla Società Ostetrica di Berlino due mostricini ne' quali si aveva nell'uno emicefalia ed ernia diafragmatica, nell'altro con l'ernia la emicefalia, l'ipospadia ed il criptorchismo. Noto che anche nella seconda mia osservazione sebbene il feto fosse assai voluminoso e regolarmente sviluppato, tuttavia il testicolo sinistro era rimasto nelle fossa iliaca sinistra.

Tale associazione di alterazioni di prima formazione fu specialmente notata nei feti nati da parti abortivi e prematuri; per i feti a termine è molto frequente il non trovare invece altra anomalia di importanza come già notò il Geoffroy Saint-Hilaire (1).

Ma quello che più ancor desta meraviglia è il fatto che tale incompleta chiusura si trova o nella metà destra o nella metà sinistra. Il Duguet (2) potè infatti scrivere: « Or quel ne fut pas notre étonnement de voir toutes les hernies par le diaphragme avoir lieu du côté droit ou du côté gauche, *pas une sur le milieu du muscle.* »

Ed il Lomer citato, richiamava pure tale fatto dicendo che nell'opera dell'Ahlfeld (Missbildungen) risultava che ben 65 volte era stata trovata l'apertura a sinistra, dodici volte a destra (3), e non parla delle ernie fattesi nel centro, dalle quali bisogna escludere secondo il Duguet quelle, del resto rare, fattesi attraverso lo spazio triangolare post-xifoideo, perchè rientranti nel quadro delle ernie ordinarie.

E la importanza di tale osservazione risulta qualora si pensi all'embriologia del diafragma.

---

(1) Duguet. L. c., pag. 65.
(2) Duguet. L. c. pag. 71.
(3) *Centralblatt für Gynaekologie.* N. 14, aprile 1884. *Kasuistik,* pag. 217, 218.

Il Kölliker parlando dell'embriologia del sistema muscolare parla di muscoli che durante il loro sviluppo subiscono un *cambiamento di posizione.* a pag. 839 scrive:

« Il doit y avoir aussi de ces glissements musculaires pour le diaphragme, s'il est vrai, comme il paraît éminemment probable, que celui-ci se constitue de deux moitiés qui se développent avant que le sternum se soit constitué ou, en d'autres termes, avant que la poitrine ne soit close. »

Ora contro questo sviluppo *centripeto* del diafragma stanno tutte le osservazioni teratologiche finora raccolte.

Il Duguet interpretando il suo caso esposto con tutti i dettagli possibili, e dallo spoglio di tutte le altre osservazioni a lui pervenute fino al 1866, così concluderebbe: « Cette absence d'une portion du diaphragme tient, selon toute vraisemblance, à un arrêt de développement du muscle. » — « Il serait possible dans quelques cas, en raison de l'absence habituelle d'autres vices de conformation chez les sujets porteurs d'une hernie diaphragmatique congénitale, que cet orifice résultat d'une *aberration de lieu des fibres destinées à le combler normalement* (1). »

Nel nostro secondo caso, poichè è solo in osservazioni consimili che può essere applicata quest'ultima conclusione, nulla abbiamo trovato al minuto esame del diafragma, che potesse venir in appoggio alla idea del Duguet.

Novara, marzo 1885.

---

(1) Duguet. Pag. 99 e 100. Conclusione 6.ª e 7.ª

Contributo allo studio dell'origine dell'imene, a proposito di un caso di ematocolpo per mancanza della parte inferiore della vagina e dell'imene. Rapporto fra lo sviluppo dei genitali femminili con lo sviluppo e la forma del bacino.

NOTA

del Dott. EMILIO FASOLA

Libero docente in ostetricia ed aiuto-professore nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze.

Allo scopo di rendere più facile e più metodico lo studio degli organi genitali, gli antichi li avevano divisi in parti distinte per la diversa funzione che erano chiamate a compiere; e sopra questa base, ad esempio, è fondata la divisione accolta ancora da molti autori in organi della copula e in organi della riproduzione. Più tardi i progressi dell'anatomia e della embriologia avendo messo in chiaro che non tutto l'apparato genitale prende origine dagli stessi elementi, a quella divisione veniva a sostituirsi l'altra anatomica ed embriologica, e gli organi genitali venivano distinti in esterni ed interni, e questo non solo pel posto da loro tenuto, ma perchè gli uni originariamente indipendenti dagli altri.

Nella donna i genitali interni comprendono le ovaia, le trombe, l'utero e la vagina; le ovaia prendono origine *dall'eminenza sessuale;* le trombe, l'utero e la vagina sono il prodotto di particolari modificazioni cui vanno soggetti i canali del Müller provenienti *dall'eminenza genitale.*

L'eminenza genitale si trova nella regione mediana dell'embrione, e si presenta sotto forma di un rialzo, verso la cavità pleuro-peritoneale, rialzo simmetrico, parallelo all'asse dell'embrione e terminantesi in basso, all'estremità caudale. In essa sviluppansi: 1.° i corpi di Wolff, o reni primitivi, canali escretori che danno luogo posteriormente ed inferiormente ad un diverticulo, punto di origine del

rene definitivo e dell'uretere, mentre il vero corpo di Wolff si atrofizza nella femmina, costituendo più tardi, superiormente, il corpo di Rosenmüller, situato nei legamenti larghi, ed il para-ovario inferiormente (presso il peduncolo dell'ovaio); 2.° i canali del Müller; 3.° dal lato interno una eminenza secondaria, origine dell'ovaio. I canali del Müller si trovano dapprima dal lato esterno dei corpi di Wolff, si aprono superiormente nella cavità pleuro-peritoneale e sboccano in basso nella cloaca, dove vengono pure a terminare l'intestino, i corpi di Wolff, gli ureteri, l'allantoide, organi che più tardi si individualizzano in canali affatto distinti fra loro, per formare anteriormente la vescica, lateralmente l'uretere e i canali del Müller, posteriormente il retto. Si dà il nome di *seno uro-genitale* ad un prolungamento che la vescica manda verso il retto sotto forma di dito di guanto; l'estremità inferiore dei canali del Müller si trova in rapporto diretto col punto d'origine del seno uro-genitale, il quale nel suo sviluppo stira il canale del Müller per modo, che esso viene a collocarsi fra la vescica e il retto. I due canali del Müller dapprima separati, finiscono per mettersi in contatto fra loro nella parte inferiore: fin a questo punto ed in questa regione le loro due estremità sono contigue, ma indipendenti, come sarebbero le due canne di un fucile; più tardi coll'assorbimento del setto di divisione si mettono in comunicazione fra loro per formare un solo canale che costituirà l'utero e la vagina, mentre la parte superiore dei canali mantenutasi separata dà luogo alle trombe del Fallopio. Il contatto e l'assorbimento si effettua prima in basso, nella regione vaginale, per estendersi successìvamente in alto, nella regione uterina, d'onde risulta che i due canali *vaginali*, per così dire, si mettono in comunicazione fra loro prima dei due, che formeranno l'utero.

Egli è per questo che la permanenza del setto divisorio nella regione uterina dei due canali, e quindi l'esistenza di un utero doppio, è più frequente della vagina doppia.

Da quello che abbiamo detto appare che la vagina prende origine dai canali del Müller; non tutti però sono d'accordo sopra questo punto; il Rathke fa derivare tutta la vagina del seno uro-genitale, mentre altri ne fanno derivare la parte superiore dai canali del Müller, la inferiore dall'escavazione vulvare, e la parte media da un lavoro di assorbimento che si effettuerebbe nel tessuto embrionario che si trova interposto fra la parte superiore e l'inferiore; altri infine vorrebbero che gran parte, il corpo vero della vagina, risulti dai canali del Müller, e il seno uro-genitale costituisca la parte inferiore assai breve, e confusa ordinariamente colla vulva, di cui forma la fossa navicolare e il contorno (1).

La comunicazione della vagina coll'esterno si stabilisce mediante i genitali

---

(1) Pozzi. *Origine de l'hymen.* — (*Annales de Gynecologie,* avril 1884, pag. 273).

esterni; questi prendono origine da una depressione allungata del foglietto esterno, che si fa nel punto in cui dovrà più tardi corrispondere la vulva, depressione che approfondandosi sempreppiù raggiunge la cloaca, nella quale si apre. All'estremo anteriore della depressione (orificio ano-genitale) verso la quarta settimana compare un tubercolo (tubercolo genitale) circondato da una ripiegatura (ripiegatura genitale); il tubercolo costituirà il clitoride, la ripiegatura le grandi labbra. Sulla parte mediana ed inferiore del tubercolo si fa una solcatura, che si approfonda fino a raggiungere la cloaca: i margini della solcatura costituiranno le piccole labbra: colla riunione dell'estremità posteriore dei margini della solcatura si stabilirà il rafe perineale, e quindi la divisione fra l'orificio anale e l'orificio genitale. Vedremo in seguito quali sono i dispareri intorno l'origine dell'imene.

Conosciuto in gran parte il modo di formazione degli organi genitali femminei, ed ammesso in tesi generale che gli organi non preesistono nel germe, non sono completi in origine, ma si formano ad epoche diverse, passando per una serie di cambiamenti determinati per ciascuno di essi, ammesso che essi possono arrestarsi al disotto del loro sviluppo regolare, od anche abortire completamente, torna facile lo spiegare le più frequenti anomalie che consistono essenzialmente nella persistenza di caratteri che normalmente sono transitori, appartenenti ad un'epoca anteriore al termine, e la cui forma dipende dal momento in cui lo sviluppo si è arrestato. Queste anomalie si mostrano più frequenti negli organi e in quelle regioni in cui lo sviluppo si compie più tardi, e quindi negli organi e nelle regioni mediane più che nelle laterali, e più nelle regioni centrali che nelle periferiche di ciascun sistema od apparato, poichè sappiamo che questi cominciano a formarsi e a svilupparsi alla periferia per progredire verso il centro.

Determinare il numero delle fasi di sviluppo di un organo è lo stesso che determinare il numero delle sue possibili anomalie per arresto (1); orbene, nell'evoluzione dei canali del Müller si potrebbero distinguere tre periodi caratterizzati, il primo, dalla presenza di due canali separati, indipendenti fra loro; il secondo dalla unione e dalla fusione della parte inferiore che dovrà trasformarsi in utero e in vagina; il terzo dall'assorbimento del setto divisorio per la formazione di un solo utero e di una vagina sola: per conseguenza in altrettanti periodi si potrebbero dividere le loro anomalie per arresto di sviluppo; la evoluzione regolare arrestandosi al primo periodo, si avranno due uteri e due vagine indipendenti e disgiunte; arrestandosi al secondo periodo, si avranno due uteri e due vagine collaterali, adiacenti; se si svolge incompletamente il terzo periodo, si può avere o una vagina doppia in basso, e semplice in alto [chè la scomparsa

(1) M. Iside Geoffroy Saint-Hilaire. *Traité de tératologie,* pag. 806.

del setto vaginale procede dall'alto al basso (De-Sinety)], con utero doppio; o una vagina unica con utero doppio, ecc., ecc.

Siffatte deduzioni trovano realmente conferma nella pratica, e per tal modo fisiologia e teratologia stanno in rapporto intimo fra loro; e come lo sviluppo embriologico di un organo spiega la genesi delle sue anomalie, così queste a loro volta possono apportare luce intorno a qualche punto controverso del suo sviluppo.

È in base a questa reciprocanza di relazione e di caratteri tra fisiologia e teratologia che, valendomi di un caso interessante di mancanza di imene e della parte inferiore della vagina in una giovane donna che all'epoca pubere reclamava l'intervento dell'arte per colpo-ematoma, richiamo nuovamente l'attenzione sopra l'argomento dell'origine dell'imene.

In tempi diversi l'imene ha dato luogo a diverse questioni: fra gli antichi anatomici si discuteva sulla sua esistenza, e il Buffon tra questi la considerava come fatto anormale, contro natura; idea falsa che la semplice ispezione dei genitali esterni doveva distruggere; fra gli anatomici moderni si discute invece intorno alla sua origine.

Secondo il Sappey (*Trattato di anatomia descrittiva,* Vol. IV, pag. 772), l'imene è formato da una piega della mucosa vaginale; il Tarnier e Chentreuil lo credono una ripiegatura membranosa, di formazione secondaria, costituita dall'addossamento della mucosa vaginale e vulvare (*Traité de l'art des accouchements*, pag. 326); pel Kolliker l'imene non è altro che una modificazione del cercine primordiale con cui il canale del Müller mette capo nel seno uro-genitale.

Il Budin, partendo dall'osservazione casuale raccolta nella dissezione dei genitali di una bambina, nel 1879 pubblicava un pregiato lavoro a questo riguardo, nel quale conclude che « 1.° e la dissezione della vagina, le cui pareti « sono perfettamente isolabili in mezzo al tessuto cellulare e si terminano in « avanti restringendosi in una parte emisferica perforata; 2.° e la continuazione » delle colonne e delle ripiegature della mucosa vaginale sulla faccia interna « dell'imene fino al suo orificio; 3.° e l'esame istologico ripetuto sopra preparati « fatti dal De Sinety; » tutto concorda per dimostrare che l'imene non è altro che la terminazione inferiore della vagina, sporgente sopra la mucosa vulvare tra le piccole labbra, la cui faccia esterna è coperta dalla mucosa vulvare (*Recherches sur l'himen et l'orifice vaginal. — Progrès médical,* 30 agosto 1879).

Ma questa deduzione delle osservazioni e degli studi del Budin veniva poscia confutata dal Dott. Pozzi di Parigi, in una pubblicazione comparsa negli *Annales de Gynecologie, ecc.*, aprile 1884 *(De la bride masculine du vestibule*

chez la femme et de l'origine de l'himen a propos d'un cas d'absence du vagin, de l'uterus et des ovaires chez une jeune fille, et d'un pseudo-ermaphrodite male), e per dire vero la critica savia e fina del chirurgo dello Spedale di Lourcine sembra minimare l'esattezza di quelle conclusioni. Il Pozzi riporta l'osservazione, raccolta in una giovane donna, di esistenza dell'imene perfettamente conformato, con dimensioni normali, coincidente collo sviluppo regolare della vulva e con mancanza della vagina « dans l'observation actuelle (soggiunge « l'autore) il y a eu manifestement avortement complet de la formation inter- « mediaire (vagine), et developpement integral de la formation exterieure (vulve); « or nous trouvons un hymen normal. N'-est-ce pas une forte presomption, pour « ne pas dire plus, en faveur de l'origine exterieure de l'hymen? » (loc. citato, pag. 272).

Egli fa derivare l'imene e il piccolo infondibolo che nella donna sopracitata occupava l'entrata della vulva, dal seno uro-genitale; divide la vagina in due regioni, l'una superiore, *Mülleriana,* che forma la totalità dell'organo così chiamato in anatomia descrittiva; l'altra inferiore, *uro-genitale*, lunga pochi millimetri, che è confusa ordinariamente colla vulva di cui essa costituisce la fossetta navicolare e il contorno; e in base allo studio comparato di quell'anomalia colla disposizione delle parti genitali esterne da lui osservate in uno pseudo-ermafrodita (ipospadia perineale), e allo studio comparato degli organi genitali dei due sessi, viene nella conclusione « l'imene è una dipendenza della vulva e non della va- « gina; questa membrana è formata dal seno uro-genitale che dà anche il bre- « vissimo canale vestibulare che costituisce la soglia, il limitare del canale va- « ginale; esso è l'analogo del bulbo dell'uretra nell'uomo (loc. cit., pag. 280). »

Una osservazione raccolta nella clinica ginecologica fiorentina, diretta dal Prof. Chiara, parmi valga ad apportare un nuovo ed interessante contributo allo studio intorno l'origine dell'imene e di una parte molto breve del canale vaginale, di quella che si trova subito al di dietro dell'imene. L'osservazione è data da una ragazza, Ersilia Barbetti, che sul principio del 1883 era ricoverata nella clinica operativa di questo Istituto di studii superiori pratici e di perfezionamento, e intorno alla quale compariva negli *Annali di Ostet., Gin.* e *Ped.* del febbraio di quell'anno la seguente notizia: « Clinica operativa del Prof. Corradi. « Assenza completa della vagina in giovinetta di 19 anni con apparato mam- « mario e vulvare bene conformati. Grosso tumore fluttuante nello scavo; dia- « gnosi *menostasi.* » Il professore decide aprirsi una via alla raccolta procedendo « tra l'uretra e il retto anche in previsione di tentare la formazione di una va- « gina. L'atto chirurgico condotto con brillante precisione e delicatezza raggiunse « l'intento di cerziorare la diagnosi, dare esito al sangue raccolto, e lasciare un « tramite che potrebbe essere la futura vagina. L'operata (1 febbraio) ebbe due « giorni di modica febbre; nessun altro disturbo. »

Senonchè l'esame praticato molti mesi dopo sul tavolo anatomico discordava colla diagnosi clinica e mostrava che in quella ragazza mancava soltanto l'imene e la parte inferiore della vagina, mentre era bene sviluppata la parte superiore di essa, egualmente che l'utero, le trombe e le ovaia; ed ecco come erano passati i fatti, e quali le conseguenze.

Al principio del 19° anno di sua età la Ersilia Barbetti si era accorta di uno sviluppo maggiore e di una maggiore sensibilità delle mammelle, e in quell'epoca aveva avvertito per la prima volta un senso di peso alle coscie, alla regione ipogastrica e lombare, accompagnato da un senso di calore al basso ventre e da un bisogno di urinare più frequentemente che d'ordinario. Tutti questi fenomeni duravano pochi giorni, e ricomparivano a distanza di meno d'un mese, asseriva l'ammalata, corredati da altri fenomeni nuovi, per cessare di nuovo e ricomparire successivamente colla stessa periodicità mensuale, ma sempreppiù accentuati e tali da costituire dopo qualche mese uno stato di vera e grave sofferenza, che prima intermittente, si faceva poi continua con periodi di notevole esacerbazione: nessuna traccia di sangue colava dai genitali.

In tali condizioni la paziente veniva inviata alla clinica diretta dal Professor Corradi, dove si constatava che il canale vulvare, formato dalle grandi e piccole labbra normalmente disposte, ma poco sviluppate, dal clitoride, dal vestibulo, dal meato urinario, parti tutte normalmente disposte, il canale vulvare, dico, era chiuso al suo fondo da un setto trasversale, di color livido, non convesso esternamente, resistente, spesso, attraverso al quale si avvertiva una oscura fluttuazione. Colla esplorazione combinata vulvo-addominale si sentiva un grosso tumore fluttuante che occupava tutto lo scavo; coll'esplorazione rettale semplice e combinata si poteva limitare meglio il tumore, che era molto espanso posteriormente, applicato contro il sacro e comprimente il retto: portando il dito molto in alto, rasente la faccia posteriore del tumore, e cercando di venire ad incontrare l'estremità di un catetere introdotto in vescica e rivolto colla concavità all'indietro, non si riusciva ad avvertire alcun corpo interposto fra la vescica e il retto. L'anamnesi e l'esame obbiettivo dettavano abbastanza chiara e precisa la diagnosi della genesi e della natura del tumore; restava a circoscriverne la sede. Si aveva semplicemente imperforato l'imene, o mancava l'imene e la vagina, in parte, o in totalità; e quindi la raccolta sanguigna si era fatta nella vagina o nella cavità uterina, oppure nella vagina e nell'utero; si aveva cioè ematocolpo od ematometra, o ematocolpo *e* ematometra?

Il Prof. Corradi era inchinevole a credere che coll'imene fosse mancata tutta la vagina, e che la raccolta si fosse fatta nella cavità uterina; e questo sia perchè nell'ematocolpo per atresia dell'imene e della parte inferiore della vagina il tumore si fa ordinariamente sporgente fra le labbra e si presenta di un colore

più o meno rosso livido, mentre qui non era per nulla sporgente, ed aveva cercato spazio in alto e posteriormente, nello scavo, sotto forma di un corpo molto teso e rotondeggiante; sia perchè al disopra del tumore non si riusciva a sentire un corpo, che avesse potuto far pensare all'utero.

Per altro, prima di intervenire, il direttore della clinica operativa volle sentire l'avviso del Prof. Chiara intorno a quel caso imbarazzante, e invero l'opinione loro non fu in pieno accordo; chè se il consulente non trovava dati sufficienti per affermare la esistenza della parte superiore della vagina, e quindi l'ematocolpo, non ne aveva però abbastanza per escluderla, e a suo credere la raccolta

Fig. 1.

stava nella vagina, e forse in parte nell'utero, in modo da riprodurre la disposizione rappresentata in una figura intercalata nel lavoro di Breisky (Enciclopedia di Patologia Chirurgica. — Pitha e Billroth: *Malattie degli organi sessuali della donna,* pag. 1401), e che qui riporto (fig. 1). — A questo pensamento era indotto anche dal fatto che mai la povera paziente aveva provato dolori da attribuirsi all'utero, dolori da contrazioni, e quindi intermittenti.

Frattanto urgeva di prendere una determinazione, ed aprire una via d'uscita al sangue prima dello stabilirsi della vicina mestruazione, ma l'incertezza della diagnosi rendeva imbarazzante la scelta del punto e del modo.

E qui mi si permetta una breve digressione. L'intervento chirurgico è facile, allorchè le atresie del canale genitale sono basse, all'imene e alla parte inferiore della vagina, e dipende anche dall'altezza dell'atresia, non meno che dalla quantità di sangue mestruale che si raccoglie ad ogni epoca, la comparsa più o meno rapida dei disturbi da ritensione. Nelle atresie basse bastano talvolta tre o quattro mestruazioni per dare tumori rilevanti, mentre in altri casi questi ultimi, dopo la durata di anni, hanno preso leggero sviluppo (Breisky, loc. citato, pag. 1399). Inoltre le atresie congenite di tutta la vagina coincidono assai frequentemente coll'atrofia dell'utero, e in questi casi mancando i sintomi della pubertà e le conseguenze, manca l'indicazione dell'intervento; chè poco importerebbe creare una vagina artificiale quando l'utero o manca, o è rudimentario, e i vantaggi non varrebbero a compensare la gravità e l'incertezza dell'atto.

Per le atresie della parte superiore della vagina, coincidenti collo sviluppo dell'utero, è più facile ammettere una formazione secondaria a processi infiammatori fetali, che non primitiva: per contro le atresie dell'imene, che è di sviluppo tardivo, debbono essere per lo più congenite: nell'una e nell'altra forma la terapia chirurgica è quasi sempre necessaria, inevitabile, e deve avere per iscopo non solo di svuotare il tumore, ma di mantenere aperta la via artificiale per l'uscita del sangue delle mestruazioni successive. Nell'ematocolpo per atresia dell'imene la membrana otturatrice si presenta subito all'occhio appena divaricate le grandi e le piccole labbra, attraverso le quali è sporgente e tesa, di colore bluastro o nerastro. La si può aprire con un trequarti, o farvi col bisturi una incisione semplice o crociata, oppure si può esportarne un segmento circolare come propone il Baker Brown. In un caso recente il Prof. Chiara, alla cui gentilezza debbo le seguenti nozioni, ripartiva lo svuotamento in due sedute. Si trattava di una signorina di 15 anni, la quale da un paese non lontano da Firenze veniva a domandare l'opera sua per gravi sofferenze determinate, come appariva nel modo più evidente dall'anamnesi e dall'esame obbiettivo, da colpoematoma per atresia dell'imene. Questo era visibile attraverso le piccole labbra teso, di colore nerastro; un tumore fluttuante occupava tutto lo scavo e sporgeva di circa tre dita trasverse al disopra del pube; la vescica era spostata in alto ed a destra: adagiato e fisso alla parte superiore del tumore si avvertiva un corpo che ricordava la forma e la consistenza dell'utero, un po' obliquo a sinistra; secondo l'opinione del Prof. Chiara, opinione confermata in seguito alla cura, si aveva in quella malata la riproduzione al vero della disposizione segnata nella seguente figura tolta dal trattato di A. Martin (*Patologia e terapia delle malattie della donna*, pag. 52) (figura 2), rappresentante un ematocolpo ed emaometra cervicale. In quella signorina i disturbi si erano fatti gravi solo da quattro o cinque mesi, ma dalla narrazione della paziente e dal volume del tumore si

capiva che la pubertà doveva essersi stabilita da poco meno di un anno. Attraversato l'imene con un piccolo ago della siringa del Pravaz, l'operatore estraeva pocche goccie di sangue nerastro e denso che continuava in seguito a colare lentamente, procurando in tal modo notevole sollievo alla malata; e solo 24 ore più tardi esso procedeva allo svuotamento completo del tumore mediante esportazione di un piccolo lembo ovalare afferrato con un uncino. Vi faceva seguire una generosa irrigazione vaginale con acqua fenicata al 4 per $^0/_0$.

L'operazione è meno sicura e più difficile quando la atresia si trova in alto

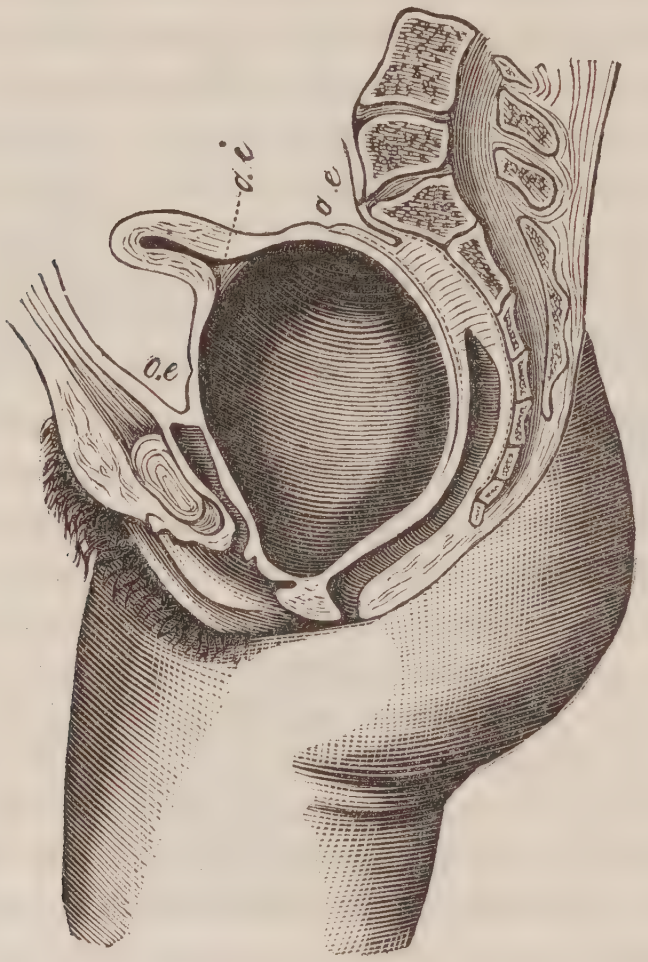


Fig. 2.

nella vagina; e quanto più essa è estesa, tanto più vicini sono l'uretra e la vescica al retto, che v' ha pericolo di ledere non meno che il peritoneo e gli ureteri. I processi consigliati in questi casi sono diversi: fare col bisturi una breve incisione ad uguale distanza dal retto e dall'uretra, e prolungare l'incisione col dito e con istrumenti non taglienti, col manico del coltello, aiutandone all'uopo l'azione con piccoli colpi di forbice o di bisturi, finchè arrivati a poca distanza della raccolta sanguigna, vi si penetra con un trequarti spinto nella direzione della fluttuazione.

Nell'atresia di tutta la vagina Amussat aveva proposto di scollare, di infossare il lungo setto colle dita, facendovi una pressione metodica, ripetuta per molti giorni, e mantenuta nell'intervallo con spugne preparate: arrivati verso il limite superiore, solo allora ricorrere al trequarti. È un processo che richiede parecchie settimane, e gli autori che più recentemente hanno trattata la questione preferiscono eseguire questo stesso processo in una sola seduta. Poco favore ha incontrato la proposta della galvano-caustica (Lefort); l'apertura del tumore attraverso il retto, operazione consigliata da Dubois e Bayer al principio del corrente secolo, approvata dallo Scanzani, praticata ultimamente da Baker Brown, è ricca di inconvenienti e pericolosa, perchè dovendo aprire largamente per ottenere una fistola utero-rettale permanente, si avrà passaggio inevitabile di materie fecali e di gas intestinali nell'utero; e quando il sacco è molto alto si dovrà passare attraverso i due foglietti peritoneali che coprono lo spazio del Douglas. Certo merita attenzione la proposta di Simon di passare nell'utero attraverso la vescica (Hegar e Kaltenbach. *Trattato di ginecologia operatoria*, tradotto dal Dott. Bar, pag. 478).

Quando l'atresia sta nel collo uterino, quasi sempre è limitata all'orificio esterno o all'orificio interno; per lo svuotamento dell'ematometra in tali casi si può ricorrere ad un trequarti, o ad un bisturi a lungo manico, o alle forbici, senza pericolo di offendere gli organi vicini.

Successivamente il canale artificialmente creato attraverso le atresie vaginali ed uterine dev'essere mantenuto aperto con cannule, con tubi di gomma passati nel canale e cambiati a brevi intervalli; sono utili, necessarie le irrigazioni quotidiane e la accurata nettezza delle parti. Lo scopo di questa nota clinica non mi permette di estendermi sopra tale questione, e non faccio neppure cenno delle atresie del canale genitale doppio per ritornare tosto alla nostra osservazione. Ho detto che in questa l'incertezza della diagnosi riguardo alla estensione dell'atresia, rendeva imbarazzante la scelta del punto e del modo di aprire una via di uscita al sangue.

Chè se la vagina mancava completamente, crearne una tutta artificiale, aprire un canale là dove la vagina avrebbe dovuto trovarsi, poteva essere difficile e pericoloso, per la facilità di perforare l'uretra, la vescica, il retto e di produrre emorragie gravi. I casi operati in questo modo da Haen, da Macfarlane, da Bar e da altri, non sono incoraggianti davvero. Gli è per questo che il Prof. Corradi erasi quasi deciso a pungere il tumore attraverso il retto intestino, operazione puramente palliativa, e anch'essa non scevra di pericoli, ma a suo credere, necessaria. Il Prof. Chiara, entrato nella convinzione che la vagina fosse mancante soltanto in parte, sperava nella possibilità di arrivare alla raccolta sanguigna attraverso il setto che chiudeva in basso la vagina per un tratto più o meno

esteso, senza ferire gli organi vicini: stabilire così un canale che colla dilatazione successiva, artificiale o *naturale,* avrebbe potuto funzionare benissimo da vagina; la Ersilia era abbastanza avvenente per rassicurare nella speranza di un compenso naturale, punto doloroso. E il Prof. Corradi piegava volontieri verso questo indirizzo. Introdotto in vescica un catetere che affidava ad un assistente, divaricati i genitali esterni che manteneva beanti mediante quattro anse di filo di seta fatte passare attraverso una ripiegatura prodotta sulla mucosa alla faccia interna delle piccole labbra, e previa esplorazione rettale, l'operatore incideva a piccoli tagli, dati trasversalmente fra il retto e l'uretra, il setto che esisteva al fondo del canale vulvare, e a poco a poco, valendosi della guida dell'indice spinto contro l'incisione, arrivava alla profondità di più di un centimetro e penetrava per una piccola apertura nella cavità donde refluiva facilmente il sangue; afferrava con un lungo tenaculum a due uncini le labbra della ferita e le stirava leggermente in basso, allo scopo di restringere il lume dell'apertura e lasciar colare lentamente il sangue che ritenevasi raccolto nella cavità uterina. Sappiamo quanto può tornare dannoso lo svuotamento rapido dell'ematometra, sia perchè la riduzione brusca dell'utero e le contrazioni che facilmente vi si determinano, per la sorpresa delle modificate condizioni, possono smuovere, stirare i prodotti di pregresse infiammazioni periuterine, ridestare focolai antichi e rompere aderenze cagionando emorragie; sia perchè le trombe d'ordinario già dilatate ed assottigliate nelle pareti, per la diminuzione rapida della pressione extrauterina e per lo stiramento prodotto su di loro, si possono rompere; accidente non raro e temibile tanto, che quando l'atresia trovasi in alto, qualche operatore, come Bayer, Dupuytren, Cazeaux, sconsiglia l'intervento, e considera l'ammalata come perduta.

Nel caso in discorso nessun inconveniente era comparso nell'atto operativo praticato con tanta destrezza dal Prof. Corradi; per tenere aperto il canale e rendere anche possibile col tempo la funzione complessa della riproduzione, egli fissava nel canale artificiale una cannula di piombo, e più tardi un tubo di gomma, che l'ammalata portava seco quando usciva in buonissime condizioni dalla clinica, e che manteneva poi in sito per molti mesi con religiosa costanza.

Surtout pas de zèle, dicono i nostri vicini d'oltr'alpe col Talleyrand; e in lei lo zelo non fece difetto; molti mesi dopo, il 14 luglio 1884, la paziente era inviata alla clinica ginecologica diretta dal Prof. Chiara, per nuovi e gravi fenomeni morbosi causati dal tubo che essa teneva ancora come era stato applicato nella clinica operativa, senza averlo pulito mai, e senza aver pensato una volta a farsi qualche irrigazione lungo le vie genitali.

In tutto quel tempo la Ersilia Barbetti era stata bene fino a due mesi prima di venire in questa clinica, e fino a quell'epoca aveva avute regolari le mestruazioni nel periodo di ritorno, ma scarse e di breve durata.

D'allora in poi, cioè dai primi del maggio, aveva avvertito un po' di dolore alla fossa iliaca sinistra, dolore che ad intervalli si esacerbava e si accompagnava a febbre; al momento della sua entrata in questa clinica il termometro segnava 38°,9 all'ascella; ha cefalea, lingua asciutta, ventre leggermente arcuato, trattabile, dolente alla pressione la fossa iliaca di sinistra, dove si sente una massa compatta, a superficie regolare e della grossezza di un pugno; dai genitali sporge l'estremità inferiore del tubo che viene tolto, e scola un liquido mucopurulento assai fetente; all'esplorazione digitale si sente l'orìficio esterno del canale artificialmente creato, che è rigido e non permeabile; i tentativi per vincerne la resistenza destano dolori acuti nel parametrio di sinistra, per cui il Prof. Chiara non vi insiste, e memore di quanto aveva pensato e creduto molti mesi prima, fa scrivere nella storia « non si può praticare il riscontro vaginale per mancanza della parte inferiore della vagina ridotta artificialmente ad un canale ristretto. » Rimanda a momenti più opportuni l'esame colla sonda uterina nella tema di destare una recrudescenza nel processo infiammatorio. Coll'esplorazione rettale si rileva che il tumore si estende posteriormente e a sinistra, ed in qualche punto è rammolito. Viene tosto fatta una irrigazione vaginale, la quale riesce male per la strettezza del canale vaginale, che il giorno dopo si dilata mediante un cilindro di tupelo, lasciatovi per nove ore: le irrigazioni ripetute quotidianamente, mattina e sera, modificano di molto la secrezione. Si applica un vescicante alla regione iliaca sinistra; il riposo, una buona nutrizione, l'uso dell'arsenico e del ferro, tutto contribuisce a migliorare le condizioni della paziente, quando ad un tratto e senza causa nota, 14 giorni dopo la sua entrata in clinica, è presa nuovamente da febbre con rialzo termico a 40°, preceduta da brivido intenso della durata di mezz'ora, il quale ricompariva la sera del giorno dopo, con rialzo termico a 39°,1, subito dopo il brivido. Nei giorni seguenti il processo rientrava nei limiti dell'andamento ordinario, con un massimo di temperatura a 38°,2; sempre sensibile alla pressione, e talvolta spontaneamente la fossa iliaca sinistra, dove si applicano due cauteri colla pasta di Vienna. Qualche giorno dopo, 29° di permanenza in clinica, nuova riaccensione con estensione del processo al parametrio destro, seguito da nuova pausa, per ridestarsi e cedere ripetutamente, ad intervalli più o meno lunghi, e con grave danno della paziente, che a dispetto della più accurata e razionale terapia locale e generale deperisce continuamente; finchè in 73ª giornata la triste scena ricompare con sintomi nuovi e più gravi.

Intensi brividi si susseguono ad intervalli di poche ore, la temperatura sale a più di 40°, con leggera remitenza nei giorni seguenti, si manifesta un dolore alla regione epatica non meno vivo che ai parametri; il ventre si fa arcuato e dolente; dolori intestinali, nausee, vomiti. Nella fossa iliaca di sinistra si fa spor-

gente una intumescenza che alla percussione dà suono timpanico: coll'esplorazione rettale si rileva che quell'intumescenza è formata dall'intestino retto enormemente dilatato al disopra dello sfintere interno per la trazione fatta sulle sue pareti dagli essudati che lo circondavano.

La malata non poteva superare il nuovo e gravissimo assalto, e cessava di vivere, dopo qualche giorno di lotta, l'8 ottobre 1884.

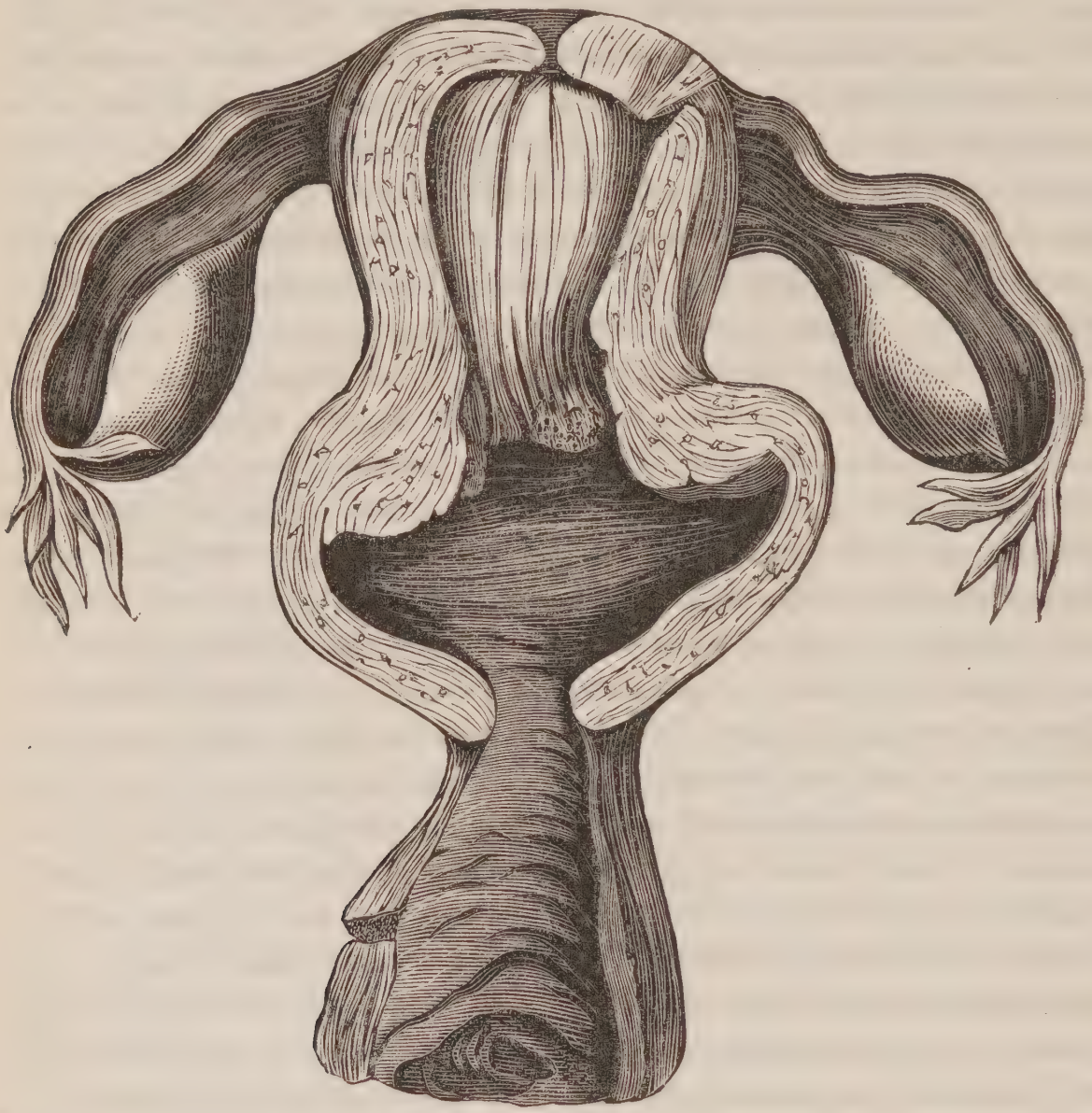


Fig. 3.

Fra i prodotti patologici trovati al tavolo anatomico, si notavano ascessi multipli nelle fosse iliache e ai parametri, ascessi alla milza ed uno grande quanto un arancio al fegato. Speciale interesse ha per noi l'esame dell'apparato genitale, di cui, per maggiore chiarezza, riporto la figura tolta dal vero per opera di un distinto allievo-praticante il Dott. Geri, pel quale mi è grato esprimere i miei più sentiti ringraziamenti (Vedi figura 3).

L'utero, la vagina e la vulva sono state aperte sul mezzo della parete anteriore, e lasciano vedere la loro superficie interna; mancano le grandi e le piccole labbra, e la parte di canale vulvare che vi è riportata, è stata alquanto stirata ed allungata dalle manovre per sezionare ed esportare il pezzo anatomico; questa regione, del resto, accuratamente esaminata durante la vita, erasi trovata in condizioni normali.

In continuazione del canale vulvare si vede quello artificialmente aperto a livello della *parte inferiore della vagina*, di cui l'orificio esterno corrisponde *alla regione dell'imene, quivi mancante;* l'orificio interno si apre nella cavità vaginale superiore, che è espansa, a pareti spesse, ipertrofiche, con fibre muscolari che in modo evidente si continuano senza interruzione colle fibre muscolari dell'utero. L'ipertrofia della vagina rappresenta l'immagine fedele dei tentativi, del lavoro prolungato per vincere l'ostacolo al corso del sangue menstruo, e mostra ad un tempo come possa la contrazione delle pareti vaginali, così modificate, sviluppare tanta forza da produrre lacerazioni sopra qualche punto delle sue pareti, e cacciarvi per esse il contenuto, senza il contributo dell'attività dell'utero, che non sempre e spesso limitatamente prende parte alle modificazioni e al lavoro espellente.

Infatti nel caso nostro soltanto la cavità cervicale doveva essere stata dilatata dalla raccolta, a giudicare dalle condizioni del canale stesso, ancora aperto nell'orificio esterno, chiuso nell'orificio interno, ed a pareti alquanto ipertrofiche; mentre la cavità uterina è stretta, normali le sue pareti, e normali le trombe e le ovaia. Si aveva dunque avuto ematocolpo per mancanza della parte inferiore della vagina e dell'imene, e successivo ematometra cervicale.

Siffatta anomalia di sviluppo si differenzia nettamente da quella citata dal Dott. Pozzi; qui l'*arresto di sviluppo erasi limitato alla parte inferiore della vagina e alla regione imenale*, e coincideva colla presenza della parte superiore della vagina, dell'utero, delle trombe e dell'ovaio, e collo sviluppo regolare delle grandi e delle piccole labbra, del clitoride, del vestibulo e del meato urinario; là invece l'arresto di sviluppo erasi limitato alla vagina, e coincideva collo sviluppo regolare dei genitali esterni, compresa la regione imenale e lo spazio retro-imenale a fondo cieco « fond imperforé du canal vulvaire. — Pozzi. Loc. citato, pag. 269. »

Da questa anomalia il Dott. Pozzi traeva argomento in conforto della sua proposizione, derivare cioè l'imene dal seno uro-genitale, e quindi in modo affatto indipendente dai canali del Müller, dalla vagina; la nostra osservazione porterebbe ancora più in là, e seguendo lo stesso modo di ragionamento, da essa dovremmo dedurre che non solo l'imene, ma anche la parte inferiore della vagina (corrispondente allo spazio o canale retro-imenale, come abbiamo chiamato)

prende origine dal seno uro-genitale, ammesso che qui l'anomalia provenisse dall'arresto del seno uro-genitale soltanto.

Il tessuto embrionario frapposto tra i canali del Müller e i genitali esterni di origine del foglietto esterno, arrestatosi nel suo sviluppo, invece di assorbirsi, di scavarsi per dare luogo al canale uro-genitale (canale retro-imenale ed imene) avrebbe costituito il setto divisorio, l'atresia fra i genitali esterni e gli interni. Chè lo spazio retro-imenale misura pure qualche millimetro, e merita per questo il nome di canale, nel quale verrebbero ad aprirsi i canali del Müller. Questo ammettendo si può spiegare facilmente l'esistenza frequente di un secondo cercine anelliforme al disopra dell'imene, e talvolta l'esistenza di una atresia a quel punto. Nè con tale interpretazione si troverebbero in contrasto le osservazioni del Budin, il quale aveva trovato che la vagina (parte inferiore, e per noi, uro-genitale) si restringe *direttamente* in una parte emisferica, perforata per costituire l'imene; che le colonne e le pieghe della mucosa vaginale (la parte uro-genitale compresa) si continuano fino all'orificio dell'imene; che l'esame istologico prova essere l'imene la terminazione della vagina. E in questo caso la frase dettata dal Pozzi « en anatomie phylosophique rien n'est trompeur comme le scalpel » non potrebbe ferire la esattezza delle osservazioni del Budin, ma unicamente la diversa interpretazione data da lui a fatti esattamente constatati.

(Continua).

CASISTICA CONTRIBUTO

ALLA

TECNICA DELLA OVARIO-ISTERECTOMIA COMUNE

E DI QUELLA CESAREA

DEL

Dott. D. CHIARA

Professore-Direttore del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

. . . . La mancanza del peduncolo e lo sviluppo interligamentare del tumore determinano le più grandi difficoltà.

Una tale ovario-isterotomia è una operazione straordinariamente più grave che la semplice ovariotomia, anche se difficile.

Il processo della estirpazione di ambedue gli ovarii e dell'utero ancora non è così perfezionato da potersi parlare di massime fondamentali generalmente ammesse.

Prof. Olshausen. *Malattie degli ovarii* al Capitolo « *Critica del trattamento intra ed estra-peritoneale del peduncolo* » (In *Enciclopedia di patologia chirurgica* redatta da V. Pitha e Billroth. Traduzione del Dott. Lupo).

Gl'incontestabili, serii e notevoli progressi fatti dalla tecnica della ovariotomia nell'ultimo decennio non hanno scemato di molto il valore delle sentenze tolte dallo scritto del clinico di Halle; tutt'al più ne rimossero quel *quantum* di assiomatico e una certa parvenza di dogma che hanno e che si comprende, nè si può biasimare, da chi voglia risalire al tempo in cui Olshausen scriveva. Ciò stando credo non disdicevole nè privo di qualche utilità pratica il tributo, per quanto modesto, di due casi alla tecnica della ovario-isterectomia, con ispeciale riguardo alle difficoltà che si associano sempre allo sviluppo intralegamentoso de' tumori ovarici.

È noto, oramai si può dire comunemente, grazie soprattutto al classico studio del Kaltenbach, che siffatte difficoltà tecniche sono abbastanza proporzionate al

grado di sviluppo intralegamentoso del tumore, e allo spiegamento dei foglietti del legamento: voglio dire che l'atto chirurgico diventa tanto più malagevole, quanto più il fondo del tumore si avvicina alla base del legamento in basso e all'utero lateralmente, e la difficoltà tocca il massimo quando dispiegati completamente i due foglietti del legamento il tumore s'innicchia nel connettivo sottoperitoneale, vuoi posteriormente sotto la piega di Douglas tra retto e vagina, vuoi in avanti e lateralmente verso la fossa iliaca e i muscoli di codesta regione. — Ho detto che la difficoltà tocca il massimo, ed era più esatto forse scrivere « *che diventa insormontabile* »; tant'è vero che l'accennata disposizione anatomica si proclama nei libri quale assoluta controindicazione dell'intervento chirurgico. E se per questo hassi da intendere la vera e totale estirpazione non abbiamo nulla da ridire, tanto più che si afferma « *essere i tumori intraligamentari spesso riconoscibili con completa sicurezza.* » Ma di questa completa sicurezza io dubito fortemente se sto alla mia esperienza, e se voglio mettere in conto la non povera statistica degli atti operativi compiuti nel mondo chirurgico per tumori siffatti, ho ragione di mantenere il mio dubbio giacchè mi trovo con termini che si escludono e che sono *diagnosi detta facile, controindicazione assoluta,* e *numerose operazioni.* D'altro lato se il clinico si accinge a intervenire con il proposito piuttosto di girare, che di vincere direttamente le difficoltà che lo assedieranno nella sua intrapresa, trova che la controindicazione teorica non si accorda con quella clinica e intervìene foss'anche convinto che *i tumori intraligamentari siano spesso riconoscibili con completa sicurezza.*

Il caso che sto per esporre mostra uno de' modi che abbiamo di girare gli ostacoli quando questi rendono impossibile la estirpazione, ottenendo come con questa, e forse con maggiore probabilità e minori pericoli, una guarigione perfetta; ecco, senz' altro, la osservazione clinica.

1.° Caso. — *Cistoma proliferante delle due ovaja. — Addossamento e adesione de' due tumori per modo da rappresentare un grosso cistoma pauciloculare. — Sviluppo intralegamentoso esteso in basso e verso la fossa iliaca destra. — Forte adesione al margine destro dell'utero. — Amputazione parziale de' due cistomi e sopravaginale dell' utero. — Governo estraperitoneale del peduncolo stretto con lo schiacciatojo a catena. — Regolarissima e assai rapida guarigione.*

Maria Gamb..., nubile, di 57 anni, sarta da uomo, viene nell'Istituto, sezione ginecologica, il dì 11 ottobre 1884. Pubere a 14 anni, ha la mestruazione sempre regolare sino a 19 anni; a quest'epoca sospensione per gravidanza che tocca regolarmente il termine ed è seguita da parto un po' languido ma spon-

taneo e da puerperio fisiologico. A 6 anni pare abbia sofferto grave febbre tifoidea, e ricorda che in quell'epoca fu anasarcatica e itterica. Or sono 2 anni circa fu ammessa una prima volta in questo istituto per abbondante scolo leucorroico e sanguigno portato da granulazioni confluenti cervico-vaginali; queste cedettero rapidamente a una cura appropriata che durava 20 giorni, e la Gamb... lasciava la clinica perfettamente guarita e non presentando *alcun indizio* della neoformazione per la quale faceva ritorno nell'istituto.

Con l'esame clinico istituito il 15 ottobre si rileva normale lo stato dei visceri toracici e addominali, non che del sistema nervoso, se ne togliamo alquanta debolezza irritabile dovuta in gran parte a un grado un po' spinto di oligocitemia.

Da parte dell'apparato genitale si nota il pudendo esterno regolarmente conformato, la forchetta integra, la vagina lunga, un po' stretta e resistente (involuzione senile) inumidita da qualche goccia di sangue; la cervice uterina piccola, dura, è cacciata in su verso lo stretto superiore, e guarda posteriormente; non si apprezza il corpo uterino. Il fornice anteriore si sente disteso da una intumescenza elastica, ma non distintamente fluttuante; la medesima sensazione si ha col dito spinto contro il fornice posteriore; il reperto della sonda uterina non ha valore non avendo potuto spingerla oltre 4 cent. nè trovato ragione di mettere una qualche violenza in siffatto esame che nel caso speciale non poteva dare grande schiarimeuto. La mestruazione cessata da circa 7 anni *sembra* ricomparsa; da circa 4 mesi l'ammalata nota dalla vagina uno scolo sanguigno copioso e periodico che dura ciascun mese da 5 a 8 giorni; non v'ha leucorrea, e di quando in quando, specialmente prima di vuotare la vescica, si fa sentire un lieve dolore soprapubico; vescica e intestino regolarissimi nella loro funzione.

L'addome si mostra notevolmente tumefatto; l'intumescenza è irregolare e pare composta di due masse secondarie ma disuguali a giudicare da una depressione mediana e un po' obliqua verso sinistra. L'intumescenca ha resistenza elastica, non uniforme; a sinistra, nella regione iliaca è più cedevole; con la palpazione combinata si rileva non oscura la ondulazione, ma non così netta da poter giudicare se la ondulazione sia generale, o limitata a ciascuna delle due bozze nelle quali sembra diviso il tumore. Facendo con la mano una pressione scorrente qua e là si avverte distintamente alla regione periombellicale destra un crepitio analogo a quello dato dalla cartapecora premuta con l'intermezzo di una stoffa morbida e alquanto grossa. La bozza di sinistra si sente irregolare verso l'infuori e nella regione ileo-lombare dove pare si stacchi dal tumore principale una intumescenza dura, bernoccoluta e grossa quanto il pugno; in alto si approssima all'arco costale da cui dista circa due dita trasverse; la bozza destra non è soltanto più rilevata, ma monta più alto e tocca quasi l'arco costale; nè con opportuni movimenti della donna, nè con pressioni manuali si

può spostare in modo sensibile il tumore; l'ascoltazione è negativa. La misurazione il 15 ottobre dà le cifre che seguono:

Circonferenza addominale al bellico	76	centim.
Circonferenza addominale sottombellicale . . .	84	»
Dal pube all'appendice xifoide	28	»
Dal pube al bellico	20	»
Semi-circonferenza longitudinale	27	»
Semi-circonferenza trasversale	33	»
Dal bellico alla spina I. A. S. S..	18	»
Dal bellico alla spina I. A. S. D..	20	»
Diametro longitudinale	22	«
Diametro trasversale	25	»

Al dire della donna l'età di questo tumore non sarebbe superiore a nove mesi.

Si rimanda a un altro giorno la puntura esploratrice, dalla quale si spera un po' di luce, e che vuol essere preceduta da tutti i preparativi per la laparotomia nel caso sia reclamata da qualche accidente imputabile alla puntura; e intanto nella previsione che la donna, dopo consultata la famiglia, si decida per il tentativo di cura radicale, viene istituita una cura tonico-ricostituente che la denutrizione, la pallidezza e la flaccidezza dei tessuti, e la debolezza generale invocano d'urgenza.

Il 17 ottobre, cioè sei giorni dopo entrata, la donna è colta da lieve brivido, la temperatura verso le 2 pom. è 38,2, il polso 100, il respiro 26; si lamenta di dolore al piede sinistro e alla piega inguinale dello stesso lato. L'indomani si nota un po' di edema perimalleolare, e il dolore s'è diffuso sino al ginocchio, specie nel cavo popliteo; la temp. oscilla tra 37,5 e 38. Nel giorno seguente l'edema si estende a tutto l'arto e con l'edema si afferma tutta la fenomenia della flebite crurale (o flegmasia alba dolens); il dolore si fa sentire talvolta molto molesto, ed è causa di qualche notte insonne; ma la febbre de' primi due giorni non si mantiene; le buone condizioni dell'apparato gastrico non cedono, e insieme alla cura tonico-ricostituente che continua regolarmente, portano la risoluzione della flebite il 17 novembre, cioè un mese preciso dopo l'esordio. Intanto (il dì 5 novembre) anche per diminuire la pressione addominale e favorire la scomparsa dell' edema s' era fatta la puntura parzialmente evacuatrice estraendo tre litri di un liquido fortemente colloideo di color pagliarino-chiaro; ciò che ci faceva accogliere la diagnosi di cistoma proliferante comune anzichè di cisto-sarcoma verso cui ci spingeva la rapida evoluzione del tumore, la denutrizione della donna e la comparsa della trombosi che venuta quando l'ammalata era in quiete e

s'era iniziata la cura ricostituente, aveva tutta l'apparenza di una trombosi marantica.

Posata codesta diagnosi fu riproposto il tentativo di cura radicale alla donna e questa avendolo accettato, si procedette all'atto chirurgico il dì 25 novembre alle ore 3 pom., con la previsione di dover lottare contro molte nè lievi difficoltà per aderenze parietali estese, forse viscerali, *e forse col peritoneo pelvico;* la misurazione del tumore fatta il mattino diede le medesime cifre che la prima dimostrando completamente riprodotto il liquido estratto con la puntura.

Condotta della operazione. Temper. dell'ambiente 16°; temper. della operanda 36,8, polso 70, respiro 22. Anestesia con il cloroformio, nebbia fenicata (10 %) da due potenti nebulizzatori; soluzione di bicloruro di mercurio al ½ ‰ onde lavare le mani e tutto quanto non viene intaccato dal bicloruro; lavatura della parete addominale con sapone disinfettante (al bicloruro di mercurio) e poi soluzione mercuriale; lungo catetere metallico in vescica dove sta sino al termine dell'operazione.

Compiuti codesti preliminari s'incide la parete addominale sulla linea mediana per 10 centim., a cominciare da 2 centim. sotto la cicatrice ombellicale; scoperto il peritoneo viene sollevato in piega e, fatta una finestra da dare passo al dito, sulla guida di questo si spacca in alto e in basso sino a livello della incisione delle pareti, e subito dopo si mettono ai due angoli sup. ed inf. due punti, con seta, comprendenti tutti gli strati dal peritoneo alla pelle. Assicurato così da un distacco il peritoneo, si esplora con la mano, per la breccia fatta, la superficie del tumore, che si constata libero da aderenze per tutto quel tratto ch'è concesso alla mano di esaminare; durante questi maneggi cola dall'angolo inferiore qualche cucchiajata di siero alquanto torbido.

A questo punto procedo alla puntura della ciste mediante un trequarti mezzano di Kœberlé, e ottengo un liquido colloideo di color bruno e sanguinolento. Usciti da circa quattro litri di questo liquido, il getto si arresta; m'accorgo che tende verso la cisti parzialmente svuotata, la parete di un'altra cisti (o loggia che si voglia) che pungo immediatamente ottenendo liquido quasi identico al primo venuto nella quantità di circa due litri. Svuotato così in buona parte il tumore con tirate non forti, ma insistenti, posso portar fuori buona parte della cisti punta ultima e che reca verso il suo equatore un conglomerato di piccole cisti grande quanto il pugno; era la massa d'apparenza solida e un po' bernoccoluta che si era sentita con la palpazione al primo esame del tumore. Gli è quando questa massa urtò contro il margine sinistro della incisione addominale che si lacerò la parete della cisti là dove tiravo con le dita, ed è pure in questo momento che un po' di liquido cistico cadde nel peritoneo. Questa massa che rimaneva fortemente applicata sull'apertura addominale nascondendo quasi tutto

il campo operativo, venne spaccata largamente e poi spremuta, ma con pochissimo vantaggio; in allora introdussi la mano nella cavità cistica e la sentii ripiena di masse molliccie aderenti alla parete che portate fuori presentarono l'apparenze di adipe molle di color bianco-rossastro; la stessa manovra ripetei per la cisti punta la prima, ottenendo la medesima poltiglia ma in quantità più notevole. Fatto questo speravo che il tumore considerevolmente avvizzito potesse venire estratto, ma inutilmente, sebbene tirando fortemente sulla cisti di sinistra si fosse portato fuori l'utero che apparve cilindroideo, e allungato di molto (circa 12 centim.). Procedetti tosto a un esame accurato per farmi, s'era possibile, un concetto esatto della disposizione delle cose ed ecco quanto mi parve rilevare.

L'utero ruotato completamente con la sua faccia anteriore verso sinistra non presentava traccie di ovaio e di tromba da codesta parte; correggere la rotazione non era possibile; la cisti sinistra (punta la 2.ª) era quella che lo aveva messo e lo teneva in siffatta posizione; la mano introdotta in questa cisti fin sul fondo si sentiva con un dito introdotto in vagina molto distintamente attraverso il fornice vaginale a cui aderiva.

La cisti di destra (punta la 1.ª) era aderente al margine destro dell'utero per tutta la sua altezza, e il suo peritoneo si espandeva sulla cisti sulla cui regione antero-superiore terminava la tromba destra molto allungata; niuna traccia di ovaio.

La mano introdotta in questa cisti constatava che la sua cavità si estendeva tra i foglietti del legamento largo tanto in basso, che verso la fossa iliaca e un po' verso lo spazio di Retzius, donde la sensazione avuta dal dito portato contro il fornice vaginale anteriore all'epoca della prima visita.

S'era dunque in presenza di due cistomi, uno per ovaio, non soltanto senza peduncolo, ma intralegamentosi; quello di sinistra probabilmente sviluppatosi prima e cacciato verso la fossa iliaca destra doveva aver contratto aderenza mediante il foglietto posteriore del suo legamento largo con il foglietto posteriore del legamento largo destro dispiegato dallo svolgersi del cistoma omonimo; quest'adesione una volta fattasi pose termine al moto di rotazione dell'utero che trovava una specie di nicchia, dove collocarsi, nel punto dove s'era fatto l'incontro e il coalito dei due cistomi; niun vestigio avendo trovato della tromba sinistra nulla posso dirne. In codesta complicatissima situazione *quid agendum?*

Respinta la enucleazione alla Miner che mi si presentava come assolutamente impossibile e che m'era riuscita altre quattro volte con due guarigioni, respinta la enucleazione *par suppuration* di Pean, respinto anche il processo di Schroeder originale, o modificato da Spiegelberg, da Oshausen, da Hegar, da Mueller, mi decisi per l'amputazione parziale dei cistomi associata con la chiusura completa

ottenuta da una stringitura circolare che desse pure un peduncolo da fissarsi allo esterno.

Ma la notevole resistenza delle adesioni e la estensione di queste, non che la spiccatissima friabilità della parete dei due cistomi facevano dubitare assai che si potesse mettere, e, messo, mantenere un laccio qualunque su quella parte di tumore che dovevasi tenere fuori dall'addome.

Mi risolvetti pertanto di cercare appoggio nell'utero che lungo e cilindroideo, senza ovaia, e in donna di 57 anni, non aveva più alcun scopo fisiologico, e pareva naturalmente indicato all'ufficio meccanico di sostegno e di peduncolo.

Addottato codesto piano chirurgico ripulii diligentemente la cavità del tumore mediante lavature e spugne montate, come avrei fatto del peritoneo, poi prese le cisti tutt'ingiro con grosse pinze Pean e Nelaton, passai sotto di queste la catena dello schiacciatoio Chassaignac (quella catena istessa che si vedrà disegnata nell'altra osservazidne clinica) portandola oltre l'utero che veniva così compreso, nell'ansa stringitrice, circa a livello dell'orifizio interno. Lo stringimento della catena venne fatto lentamente, e quando giudicai l'ansa sufficientemente piccola, tagliai a circa due centim. sopra della catena tutto quel che vi stava di tumore con il corpo dell'utero; la superficie del moncone venne ricoperta con cotone al percloruro di ferro, e fatta una minutissima ripulitura del peritoneo, fu chiusa la ferita sopra del peduncolo con cinque punti di seta inglese grossa e tinta in nero con tintura ferruginosa; sotto all'ultimo punto e contro la faccia superiore del peduncolo si mette un grosso tubo a drain di vetro, e poi passato un grosso ago lanceolato da destra a sinistra e in direzione obliqua relativamente alla placca d'appoggio della catena onde fissare con la massima sicurezza il peduncolo, si ricopre il tutto con l'apparecchio Lister: l'operazione aveva durato un'ora e venti minuti.

Andamento consecutivo. — Fu questo de' più semplici e regolari; la temperatura oscillò tra 37,6 massima e 36,5; il polso da 96 a 62; il respiro da 24 a 18; il grosso peduncolo era completamente sfacelato l'11° giorno, e al 13° si tolse l'ago e la catena; l'infundibolo si deterse assai presto, e grazie al rigoglio delle granulazioni che lo rivestivano si andò riempiendo e stringendo per modo che al 22° giorno era ridotto a un tramite che dava passo al mignolo, e la operata poteva lasciare il letto per qualche ora, e un mese dopo sarebbe stata in grado di lasciare l'istituto, dove per altro fu tenuta, in vista della rigidezza della stagione, fino al 18 gennaio; e dell'altro sarebbe rimasta, se affari di famiglia non l'avessero chiamata fuori.

Al momento della partenza l'aspetto suo è florido; la cicatrice è solida e infossata; si sente che aderisce con una briglia alla piega di Douglas; il collo dell'utero è mobile ma molto alto; niuna sensazione molesta di stiramento, di

noia, di peso, di dolore. Stette in clinica 95 giorni, de' quali 54 dopo la operazione.

L'esame microscopico del tumore fatto dal Prof. Bajardi diede il reperto di cistoma proliferaate comune.

La relazione del fatto è riuscita più prolissa di quanto non fosse nella mia intenzione e nel mio desiderio; mi valga di scusa la rarità e importanza delle disposizioni anatomiche quali cercai di descrivere, la non comune procedura chirurgica seguita onde girare le difficoltà che per altri processi sarebbero state o gravissime o insuperabili, e l'esito favorevolìssimo che ne seguì. Come a tutti gli altri processi, che non siano la estirpazione completa, si può fare a quello da me attuato la obbiezione che ove verso il fondo del tumore, o al disotto della catena fosse stata qualche cisti figlia, questa svolgendosi avrebbe portato una specie di recidiva; e così con l'artifizio chirurgico adoprato avrei chiuso il nemico in casa dopo aver messo a repentaglio la vita della donna onde trar fuora codesto nemico. Altra obbiezione non so vedere, per cui parmi lecito raccomandare codesto *modus faciendi* nei casi analoghi o identici al mio senza dare troppa importanza alla possibilità della recidiva, possibilità che in frangenti siffatti bisogna pur subire come il minore dei mali.

Per il rimanente della tecnica ho pochissimo a dire. Con un peduncolo come quello da me improvvisato non era permessa la discussione e la esitazione tra l'affondamento e il governo estraperitoneale; quest'ultimo doveva essere seguito indipendentemente dall'opinione personale sul valore di esso. Dico così perchè trattandosi di ovario-isterectomia sì comune che cesarea, io persisto tuttora nel pensamento che il governo extra-peritoneale sia superiore agli altri metodi. Ho sotto gli occhi la tesi di laurea del Dott. Wilfrid Amîot (Facoltà di Parigi, anno 1884, N. 307), dal titolo: *Du traitement du pedicule après l'histerectomie par la voie abdominale.* L'autore a pag. 61 dà uno specchietto indicante il risultamento de' varii metodi di governo del peduncolo che qui riproduco.

Metodi di governo del peduncolo	GUARIGIONI			MORTALITÀ		Risultati sconosciuti
	N.° dei casi	In tutto	Per 100	In tutto	Per 100	
Estra-peritoneale.	89	72	82,75	15	17,25	2
Intra-peritoneale .	42	25	59,53	17	40,47	—
Misto, con drain .	12	9	75	3	25	—
Sconosciuto . . .	13	9	—	—	—	—
Totale . . .	156	115	74,67	39	25,72	2

Lo specchietto dimostra che il metodo estraperitoneale si mantiene superiore; viene in seguito il metodo misto che può considerarsi come un metodo extraperitoneale mascherato. Rispetto al mezzo di stringitura da me usato, la catena dell'écraseur di Chassaignac, riservandomi di difenderla da qualche accusa che le si fa in un lavoro recente sulla operazione Porro, mi limito qui a osservare che come clamp è superiore a moltissimi altri, se non a tutti, e nel caso concreto credetti, e credo con ragione, che avrebbe fatto, sulla parete scorrevole della cisti, presa migliore che non il filo comune di ferro ricotto, il laccio elastico ed altro consimile.

(Continua).

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

CASISTICA D'OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DUE CASI DI GRAVIDANZA EXTRA-UTERINA

SEGUITI DA GUARIGIONE SENZA L'INTERVENTO CHIRURGICO

ESPOSTI

dal Dott. A. MARTINETTI

Medico Assistente.

Il Lawson-Tait in questi ultimi tempi ha richiamato l'attenzione degli ostetrici e ginecologi sopra un interessantissimo argomento, sulla patologia e cura della gravidanza extrauterina; ma dove si è mostrato più originale, ardito, e, giova dirlo, felice, è stato nella cura. Si rammenteranno i lettori dei nostri *Annali* che nel numero di agosto-settembre 1884 comparve una libera traduzione fatta dal Prof. Chiara di un articolo che il Lawson-Tait pubblicava nel numero del 28 giugno 1884 del *British medical Journal*, sopra cinque casi di gravidanza extrauterina operati al momento della rottura della cisti. È utile riportare un brano di questa traduzione, per far di nuovo presente al lettore la linea di condotta che segue il ginecologo inglese, ed i principii a cui questa condotta s'informa. « Certo per una siffatta cura (la laparotomia) la difficoltà precipua è « la diagnosi; ma siccome ora ho adottato completamente il principio di aprire « sempre l'addome, quando sintomi addominali mi fanno giudicare in pericolo « un'ammalata, così l'ostacolo della diagnosi si trova tosto rimosso ..... « Nella maggioranza dei casi ci troviamo, è vero, di fronte alla circostanza im- « barazzante che segue; o la paziente non fu mai gestante, o non lo fu da molti « anni, e allora l'amenorrea non fissa la loro speciale attenzione. Tuttavia se si « trova che la paziente fu per otto settimane, o più, amenorroica, che esiste ad « un lato dell'utero una massa pelvica, che fissa l'organo, e che improvvisa- « mente insorgono gravi sintomi di disordine pelvico e di emorragia, si può « subito sospettare la rottura di una tuba uterina gestante, e se un atto chirur-

« gico dev'essere compiuto, ... e lo dev'essere evidentemente, esso dev'es-
« sere fatto senza ritardo. Il sollecito intervento è precipuo elemento di un buon
« successo nella chirurgia addominale. »

Ed invero stando alla statistica del Lawson-Tait non si può a meno che dargli piena ragione. Egli vide inesorabilmente avere esito fatale i primi 25 a 26 casi di gravidanza extrauterina, che gli occorsero e in cui non intervenne chirurgicamente. Mutata quindi teoria e pratica, lusingato da brillanti successi ottenuti in molte laparotomie praticate per altre malattie, dal gennaio 1883 in poi operò sempre tutte le volte che s'imbattè in casi di gravidanza extrauterina. I casi dalla data sopra segnata al 5 giugno 1884 furono cinque: quattro donne furono salvate; ed a ragione il Lawson-Tait crede che avrebbe potuto salvare anche l'altra se fosse stato chiamato in tempo.

Forte dei suoi resultati il chirurgo inglese riferì di questi e delle sue teorie nel Congresso di Copenaghen. Quivi trovò degli oppositori. Obbiezione assai grave quella del Godson che nelle gravidanze extrauterine la rottura della tromba è un fatto più frequente di quello che si crede comunemente. Gravi le obiezioni teoriche del Murphy che sostenne poter essere primaria la gravidanza extrauterina addominale, e non secondaria ad una gravidanza tubaria. Ma per me forse più grave è l'obiezione del Dott. Reid, il quale riferì un fatto, un caso cioè di una donna portante una gravidanza extrauterina, che al terzo mese determinò un'emorragia grave e peritonite. Nonostante la donna guariva, e pochi mesi dopo in seguito a gravidanza normale partoriva naturalmente.

Al caso del Reid posso ora aggiungere due casi osservati in questi ultimi tempi nella Clinica Ginecologica di Firenze, casi nei quali il Lawson-Tait avrebbe certamente operato, stando a quello che egli dice sufficiente per giustificare un simile atto operativo.

Giovanna Mollesini, di anni 37, cuoca, coniugata. era ammessa nelle nostre sale il 26 settembre 1884. Niente di speciale nella anamnesi. A sette anni fu passiva di vaiuolo; a 15 anni si stabilì normalmente la funzione catameniale, che di poi fu sempre regolare nel periodo di ritorno, durata, quantità del sangue, ma questo assai spesso aggrumato, e l'espulsione dei grumi cagionava dolore. Nel 1875 passò a marito: nel 1876 rimase incinta, la gravidanza fu buona e finì con un parto normale, susseguito da puerperio fisiologico. Quindi le mestruazioni ripresero il corso che avevano precedentemente. E così, senza nessuna circostanza che attirasse l'attenzione della donna si giunse sino alla fine del giugno 1884. In quei giorni la donna aspettava la comparsa della mestruazione; ma questa non venne e solo si affacciò uno scolo leucorroico assai abbondante nei primi giorni, ma che poi si ridusse a minime proporzioni: contemporanea-

mente le si destarono dolori assai forti, che dall'ipogastrio s'irradiavano alla regione lombare. Alla fine del luglio eziandio, ed alla fine d'agosto, mancarono le mestruazioni, mantenendosi del resto la donna nelle condizioni sovra notate, ed in più aggiungendosi senso di tensione mammaria. Verso il 10 di settembre mentre l'inferma stava accudendo ai suoi lavori di cuciniera, fu colta da fortissimi dolori al basso ventre, e nel tempo stesso le si presentò una metrorragia assai rilevante. Messasi in letto quei primi fonomeni si mitigarono alquanto, specie cessò la metrorragia, che solo si riaffacciò dopo 5 o 6 giorni; ma la quantità del sangue era scarsissima; continuarono, bensì più miti, i dolori, a calmare i quali non valsero ripetute applicazioni di cataplasmi. Per di più la sera del 23 settembre si aggiunse la febbre, per la quale temendo la malata, cercò di essere ricoverata in questa Clinica, dove, come dissi, entrò il 26. La donna appariva di costituzione assai robusta, ma quando fu ammessa aveva l'aspetto di malata assai sofferente, la faccia con espressione dolorosa propria dei dolori addominali, impossibile la deambulazione e la stazione eretta. Il ventre appariva un po' tumefatto ma non teso; la palpazione esacerbava in modo da renderli incomportabili i dolori addominali, specie se si esercitava sulla fossa iliaca destra, che si sentiva occupata da una massa dura, fissa, che partendosi dall'altezza della spina iliaca anteriore superiore andava a perdersi sotto il pube, avendo un diametro massimo trasversale di circa 10 ctm. I genitali esterni erano quali normalmente si trovano in una pluripara, se non che vi si notava un principio di congestione, che faceva più rosso che roseo il colore della mucosa. Le mammelle erano assai sostenute, il tessuto ghiandolare ben sviluppato, ma alla pressione non usciva alcun liquido.

Procedendo al riscontro digito-vaginale combinato, si sentiva la vagina molle, ampia, poco rugosa e dilatabile. Il fornice vaginale destro occupato da una massa resistente, fissa, che si continuava posteriormente nello spazio del Douglas, ma quivi diventava più molle. Il fornice sinistro sarebbe stato libero, ma ora era occupato dall'utero, di cui in vagina si sentiva il collo grosso, molle, non mobile, con l'orificio diretto trasversalmente e beante. Il corpo dell'utero si sentiva in latero-versione sinistra fisso, ma non facente corpo con la massa, che occupava la fossa iliaca sinistra e lo spazio del Douglas.

Niun dubbio per il Lawson-Tait; amenorrea per due mesi e mezzo, massa intrapelvica che fissa l'utero, allarmanti fenomeni addominali, egli, secondo che gli detta la sua esperienza, avrebbe praticata la laparotomia. Il Professore Direttore della Clinica Fiorentina preferì stare ad osservare, ed intanto s'instituì una cura sintomatica. Combattuta la stipsi con clisteri, i dolori volta a volta mitigati con iniezioni ipodermiche di morfina; ghiaccio sull'addome; generose dosi di Marsala con tintura alcoolica di china, e a tutto questo unito il riposo in letto in posizione orizzontale.

Dopo quattro giorni le condizioni accennavano già a migliorare; più lievi i dolori, ed il riscontro combinato accennò ad una diminuzione della massa nello spazio del Douglas. Questo riassorbimento si volle affrettare mediante l'applicazione di vescicatorii sulla fossa iliaca destra. Per dirla in breve, con tutte le peripezie, che il decorso di una simile malattia porta con sè, le condizioni della donna andarono man mano migliorando; verso il principio del novembre la massa intrapelvica si era notevolmente ridotta; l'utero andava centralizzandosi, il collo fatto più piccolo presentava l'orificio rotondeggiante. Il 17 novembre si permise all'inferma di abbandonare il letto, per mettersi seduta sopra una poltrona; verso la fine del novembre stesso la donna camminava liberamente per l'Ospizio. Il 3 dicembre comparve la mestruazione, che durò due giorni senza portare alcun disturbo, ed il 5 del medesimo mese la Mollesini, perfettamente ristabilita, lasciò la Clinica.

Più tipico di questo l'altro caso. La sera del 19 febbraio ultimo scorso, entrava in clinica Belloni Luisa, di anni 35, coniugata, attendente alle cure domestiche. Nata da genitori sani, aveva sempre goduto ottima salute, e le condizioni della sua famiglia assai agiate le hanno sempre permesso vita assai comoda, l'uso di vitto buono, e il potere abitare case sane. Appena compiuti i 14 anni per la prima volta le comparve la mestruazione senza recarle alcun disturbo: nei 3 o 4 mesi successivi la funzione catameniale si sospese, per riprendere poi il suo corso in tutto tipicamente normale, periodo di ritorno, durata (4-5 giorni) quantità e qualità del sangue. A 20 anni prese marito, ed in 6 anni (cioè dai 20 ai 26) rimase incinta quattro volte.

Le gravidanze, se si toglie qualche lieve fenomeno simpatico, nausea, qualche deliquio, tensione mammaria, furono sempre buone, e portate felicemente a termine. I parti furono normali, assai rapidi, e susseguirono sempre puerperii fisiologici. L'ultimo parto fu nell'anno 1876; quindi la donna, sebbene potesse dire di godere buona salute, osservò che la mestruazione non fu più regolare nel periodo di ritorno, talora anticipando, talora ritardando 10-12 giorni. Anche la quantità del sangue si fece più scarsa. Per di più fra l'una e l'altra mestruazione veniva sempre uno scolo leucorroico talora come l'albume, talora assai sciolto e torbiccio, quasi colore del latte deteriorato, mai di cattivo odore. Questa leucorrea si faceva più abbondante nei giorni che precedevano e seguivano il periodo mestruale, per farsi negli altri giorni quasi insignificanti.

Vèrso il 15 dicembre la nostra donna aspettava la mestruazione, avendo già avuta l'altra il 18 novembre; ma la mestruazione non venne, ed anzi dopo qualche settimana cominciò a sentire avversione per i cibi carnei, qualche urto di stomaco, qualche senso di deliquio. Considerando questi fenomeni, che già aveva avuti nelle pregresse gravidanze, la donna si ritenne certa di avere con-

cepito; e in questa idea si confermò di poi nei mesi di gennaio e febbraio in cui non comparvero le regole, mentre sentiva tumefarsi le mammelle.

Inaspettamente nei primi giorni del febbraio cominciarono forti dolori all'ipogastrico, che corrispondevano alla regione lombare e al piano perineale, ed i dolori erano tali che stando in letto non poteva sopportare il peso delle coperte sull'addome, e per evitarlo stava su di un fianco. Cominciò quindi il vomito, che si ripeteva a quando a quando; di poi il dolore dall'ipogastrio si diffuse alla base del torace a sinistra, per cui i moti respiratori diventarono causa di acuto dolore per la donna. Il marito della nostra malata racconta che in quelle sere il medico chiamato riscontrava elevazione di temperatura. Dirò anche che per cura furono applicati cataplasmi sull'addome, e quindi furono attaccate alla regione soprapubica cinque sanguisughe. Ma i sintomi aggravandosi sempre per consiglio del medico la donna si recò alla nostra Clinica.

Vi entrò la sera del 19 febbraio dopo le ore 8 pom., ed il medico di guardia, sentito la sovraesposta anamnesi, visto lo stato fisico della donna, credè che si potesse trattare di una minaccia di aborto, e per questo procedè subito all'esame digito-vaginale. Trovò però quasi impossibile l'eseguire il riscontro combinato, perchè il risentimento peritoneale destava forti dolori, che subito facevano contrarre i muscoli delle pareti addominali. La mucosa vaginale era molle e le pareti cedevoli. Tutti i fornici vaginali, ma più quello di destra e posteriore, avevano perso la loro forma, ed occupati alla loro parte posteriore da una massa, si sentivano sporgere in vagina, circondando il collo dell'utero, che così, a tutta prima, pareva molto raccorciato. Il collo era sensibilmente spostato verso sinistra, e anteriormente grosso, con l'orificio beante. La mucosa che lo ricopriva, e specialmente quella porzione della mucosa del canale cervicale, che col dito si poteva apprezzare, offriva al tatto quella tomentosità, quel senso che si ha toccando un velluto finissimo, condizione specialissima che si osserva in gravidanza. L'utero parve contiguo non continuo con la massa che era a destra e posteriormente. L'esame rimase incompleto, perchè il praticarlo destava dolori e smanie incomportabili. La palpazione addominale essendo impossibile, il medico, non si potè fare un concetto esatto dello stato delle cose; però rimase convinto, per le condizioni anatomiche del collo, che quell'utero fosse nelle prime settimane di gestazione. La temp. era 37,3. P. 72. R. 18.

Per il momento non si cercò che di mitigare il dolore e per questo per la via ipodermica fu iniettato 1 ctg. di cloridrato di morfina: seguitando i dolori dopo un'ora l'iniezione fu ripetuta; quindi la donna prese sonno, e passò tranquilla la notte. Al mattino era molto inquieta, e alle ore sette e mezzo ant. fu avvertito il medico che accorresse subito perchè la donna malata moriva. Le cose infatti apparvero disperate: estremità fredde, non più polsi, volto cianotico

gli occhi velati; l'impulso cardiaco lento e debole; nessuna risposta alle domande; solo ogni tanto la Belloni mormorava la parola *sete*. Insomma tutti i sintomi d'anemia acuta per emorragia interna. Il medico mandò a chiamare il sacerdote, ma in questo frattempo tentò con tutti i mezzi di rianimare la morente. Iniettò quattro grammi d'etere solforico sotto la pelle, e due grammi di tintura alcoolica di muschio; con bottiglie piene d'acqua calda e panni ben caldi cercò ristabilire il circolo periferico, mentre approfittando della sete che accusava la donna, somministrò per bocca generosi dosi di marsala e cognac.

Poco dopo arrivava il Prof. Chiara che, esaminata la donna, giudicò trattarsi di una gravidanza extrauterina al momento della rottura della cisti. Però con l'occhio clinico che lo distingue, credè di poter annunciare che la donna poteva ancora riaversi.

Difatti le condizioni accennavano a migliorare; la palpazione addominale, che poco avanti non destava alcun dolore, ora si faceva dolorosissima; alle radiali ricominciavano le pulsazioni, la periferia del corpo era più calda. Il Professore ordinò ancora s'iniettassero due grammi d'etere, e di tenere la donna nella quiete più assoluta. Verso il mezzogiorno le speranze di salvare l'inferma erano davvero cresciute, e verso sera si potè credere che l'interna emorragia si fosse arrestata; tanto le cose volgevano al meglio. Nel giorno 20 queste furono le condizioni della temperatura, polso e respiro:

	T.	P.	R.
Ore 8 ant.	36,4	72	18
» 9 ant.	36	90	24
» 12 m.	36	84	24
» 4 pom.	35	84	28
» 8 pom.	36,4	88	28

Nel giorno 21 fu applicato del ghiaccio sull'addome, ed ogni tre ore si somministrò una pillola con 1 ctgr. d'estratto acquoso d'oppio. La donna riacquistò la coscienza e ricominciò a parlare ma assai fievolmente. Verso sera di questo giorno comparvero vomiti ripetuti, e contemporaneamente s'esacerbò il risentimento peritoneale ed il dolore intrapelvico. Praticando il riscontro combinato si sensì accresciuta la massa che esisteva a destra e posteriormente e fatta un po' più pastosa; l'utero rimaneva fisso.

Nel giorno 22 il termometro, alle ore 5 pom, segnò 38, e fu questa l'unica elevazione termica che si osservasse nella malata. Da allora in poi nella diaria scritta nella cartella nosologica trovo segnato un lento ma progressivo miglioramento, sia nelle condizioni generali, sia nelle locali. Ogni 3 o 4 giorni veniva praticato il riscontro combinato, col quale si potè constatare che la massa intrapelvica andava gradatamente riassorbendosi, che l'utero adagio adagio tendeva

a tornare in asse, e che la porzione sottovaginale del collo perdeva a poco per volta i caratteri, che suole indurre lo stato di gravidanza, come la mollezza e la tomentosità della mucosa sopra rammentata.

In questo puerperio, chiamerò così questo decorso della malattia, non si osservò dai genitali che uno scolo di liquido denso, filante, macchiato leggermente di sangue, in quantità discreta (da mutare la pezza 4-5 volte nelle 12 ore) di odore assai ingrato. Questo scolo cominciò la sera del 24 e terminò nella notte fra il 26 e il 27.

La donna fu in grado di lasciare la Clinica il 23 di marzo ultimo scorso.

Ho voluto riportare questi due casi, perchè mi pare stiano a confermare quanto a Copenaghen disse il Godson che nelle gravidanze extrauterine la rottura della tromba è più frequente di quel che non si crede, mentre d'altra parte l'avvenuta rottura non vuol dire che la prognosi debba essere assolutamente infausta, come già dimostrò con un fatto il Reid.

Non entro poi sulla questione del momento che si deve scegliere per operare, perchè questa scelta implicherebbe che fosse già sciolto il quesito se la gravidanza extrauterina è solamente tubarica, almeno nella sua origine, ed escludere così che vi potessero essere gravidanze extrauterine addominali primarie.

Accettando la per ora ipotetica teoria del Lawson-Tait sull'indipendenza reciproca della mestruazione e dell'evoluzione, ed escluse così le gravidanze extrauterine addominali primitive, si comprende come sia logico l'intervento chirurgico appena posata, o meglio sospettata, la diagnosi di gravidanza extraurina. Ma d'altra parte al punto in cui sono gli studii oggi non si può escludere la gravidanza addominale primitiva.

Ora le due differenti specie di gravidanza extrauterina richiedono un trattamento assai diverso; e mentre in quella tubarica bisognerebbe intervenire verso la decima settimana o poco dopo, perchè il soverchio volume della cisti non rompesse la tromba; in quella addominale si può, si deve aspettare la fine della gravidanza, ed allora estrarre mediante la laparotomia il feto.

Per scegliere fra l'uno o l'altro modo d'agire bisognerebbe potere con sicurezza fare la diagnosi differenziale fra gravidanza tubarica e gravidanza addominale. I clinici giudichino se è sempre facile o no posare tale diagnosi. Ritenuto con certezza che un dato caso è caso di gravidanza tubarica, in cui la cisti non si sia ancora rotta, la condotta più logica sarebbe l'intervento chirurgico; ma non potendosi avere questa certezza giova spesso astenersi. In questa astensione può essere che si osservi la rottura della tromba; e se l'intervento in questo momento è più utile del non intervento è quello che vorrei fosse dimostrato da una statistica coscienziosamente raccolta.

Biblioteca degli Annali di Ostetricia

(*Continuazione*, Vedi Gennaio-Febbraio 1885).

RASSEGNA DI LAVORI STRANIERI

Considerazioni intorno alla rigidità dell' orificio uterino nel soprapparto. Studio sulla rigidità del collo d'origine sifilitica. (**A. Doleris**, chef de clinique d'accouchement et de gynecologie). (*Gazzette médicale de Paris*, 1884-85).

La rigidità del collo può essere spasmodica, anatomica o meccanica, e patologica. La rigidità spasmodica dell'orificio cervicale in via di dilatazione è un vero spasmo nel senso stretto della parola, una specie di contrattura dello sfintere del collo uterino; la rigidità anatomica è uno stato particolare del collo uterino, o piuttosto dell' orificio che succede alla completa o quasi completa scomparsa del collo, caratterizzato da uno ispessimento generale con un po' di indurimento, che ha fatto paragonare i margini dell' orificio ad un anello di cuoio bollito ed inbibito di grasso; la rigidità patologica è prodotta da varie cause, o è una sclerosi, o se non la sclerosi, un edema più o meno duro con iperplasia connettivale, o una vera iperplasia ipertrofica generale, o localizzata ad un labbro solo; o il prodotto di lacerazioni, di infiammazioni antiche; o è un neoplasma benigno o maligno (adenoma, fibroma, sarcoma, epitelioma, ecc.), finalmente è il prodotto dell'infezione sifilitica: è di questa forma che l' autore si occupa in modo speciale.

Le lesioni sifilitiche del collo uterino, e sopratutto, gli accidenti primitivi, l'ulcera dura, sono più frequenti di quello che si crede generalmente: il tessuto che circonda l' ulcera prende una durezza tutta speciale e notevole, e talvolta l'indurimento non si limita ai dintorni dell' ulcera, ma invade tutto il collo, o tutto un labbro, che si fa grosso, ipertrofico. Molto meno conosciute sono le lesioni sifilitiche secondarie e tardive del collo uterino (ulcerazioni, sifilomi diffusi, ipertrofia sifilitica, gomme), le quali mai sono state soggette a ricerche speciali; ma se si pensa alla frequenza di queste manifestazioni negli organi mec-

canicamente e fisiologicamente predispostivi, non si può non ammettere che il collo uterino dovrebbe essere una delle regioni più frequentemente affette.

Per cui l'autore concluderebbe che la sifilide può produrre degenerazioni sclerose primitive e secondarie, parziali o generali, localizzate o diffuse, di varia durata, talvolta lunghissima, nel parenchima cervicale dell'utero.

Gli stati funzionali degli organi genitali imprimono un carattere di gravità ai processi sifilitici; la stessa congestione mestruale sembra non avvenire senza farvi sentire un'azione sfavorevole. La gravidanza induce un'iperemia permanente negli organi genitali: essa attiva i processi nutritivi, che più tardi accresce anche per la congestione passiva dovuta alla compressione dei vasi pelvici: è fatto notorio che i tumori degli organi genitali (cisti, fibromi, polipi, cancri, ecc.) crescono rapidamente nella gravidanza: e le manifestazioni sifilitiche non isfuggono a questa influenza.

In prova della sua proposizione che fa il soggetto principale del lavoro, cioè « *l'hypertrophie siphilitique du col liée à l'accident initial de la syphilis* » l'autore riporta osservazioni cliniche. Oltre alle due sue personali, ricorda le osservazioni raccolte da Mme Mesnard, docteur de la faculté de Paris (1884), di cui cinque tolte da un lavoro del dottore Putegnat, la 6ª appartiene all'autore, la 7ª al professore Chiarleoni (1873); l'8ª, la 9ª e la 10ª sono tolte da una pubblicazione del dottore Fasola (Firenze, istituto ostetrico-ginecologico, 1884), l'11ª e la 12ª da una pubblicazione del dottore Martinetti, assistente al detto istituto diretto dal professore Chiara; la 13ª e la 14ª appartengono a Mme Mesnard; la 15ª al dottore Godefroy.

Dall'analisi di queste osservazioni l'autore crede di poter indurre che « la sifilide, e sopratutto, l'ulcera sifilitica del collo uterino, sviluppandosi nel corso della gravidanza, possono alterare l'andamento regolare del parto, rendendo difficile o anche impossibile la dilatazione regolare dell'orificio uterino. Nè l'età della donna, nè la primiparità e la pluriparità, nè l'epoca della gravidanza possono contribuire alla anomalia. La cura antisifilitica energica fatta a tempo e continuata è forse la migliore garanzia profilattica contro le difficoltà del parto: essa però non fornisce una garanzia assoluta. »

FASOLA.

Della pinza ossivora e del cranioclasta. (Studio storico e sperimentale preceduto da considerazioni intorno la testa fetale e la perforazione del cranio, del dottore **A. Auvard,** ancien interne des hopitaux et de la maternité de Paris, 1884).

PARTE PRIMA. *Della testa fetale.* — In seguito alla craniotomia e allo svuotamento della sostanza cerebrale la volta craniana si applica contro la base e non appone ostacolo di riguardo all'uscita della testa: non è così per la base della testa, o cono bosio-facciale, di cui la base è costituita dalla parte anteriore della faccia, e l'apice dalla protuberanza occipitale esterna. Per l'estrazione della testa craniotomizzata si ha tutto l'interesse che la parte più voluminosa del cono

bosio-faciale si presenti la prima per la facilità della presa e della demolizione: in tal caso inoltre il collo non viene a crescere le difficoltà del passaggio della faccia, come farebbe nella presentazione del vertice. Addotta il linguaggio di Broca per la determinazione di alcune regioni della testa, e l'autore chiama Pterion la fontanella antero-laterale; Asterion la fontanella postero-laterale o di Gasser; Inion la protuberanza occipitale esterna.

Dimensioni del cono bosio-faciale. — La base del cono bosio-faciale è determinata da due misure, dal diametro mento-nasale e dal diametro bimalare. Il diametro che sembra riprodurre colla maggiore approssimazione l'altezza del cono è quello che va dall'inion alla radice del naso. Il diametro bi-asterico, che parte dall'angolo del temporale che contribuisce a formare la fontanella asterica, e va al punto omonimo del lato opposto, segna la distanza in senso trasversale nella metà dell'altezza del cono. Per cui quattro sono i diametri che servono alla determinazione delle dimensioni del cono bosio-faciale, cioè: il diametro naso-mentoniero, il bimalare, il biasterico e l'inionasale. Per stabilire la media di ciascuno di questi diametri, l'autore ha fatto una serie di osservazioni sopra bambini nati a termine, del peso di 3000 grammi e poco più, e ne riporta i risultati, da cui trae le seguenti conclusioni:

1.° il diametro mentonasale (base del cono bosio-faciale) misura in media 45 mm.;

2.° il diametro bimalare (base del cono bosio-faciale) misura 70 mm.;

3.° il diametro biasterico (dimensione trasversale del cono bosio-faciale) misura 75 mm.;

4.° il diametro inio-nasale (altezza del cono bosio-faciale) misura 115 mm.

Solidità e resistenza del cono bosio-faciale. — La solidità e la resistenza del cono bosio-faciale crescono verso la base del cono, verso la faccia; diminuiscono gradatamente verso l'apice: è pochissimo resistente la parte dello scheletro compresa fra l'inion e il foro occipitale; il diametro bimalare presenta maggiore resistenza del diametro biasterico, e propriamente la resistenza è maggiore del doppio. A queste conclusioni dedotte dall'esperimentazione, l'autore aggiunge le seguenti: quando si vuol ridurre il diametro bimalare bisogna demolire di preferenza la volta palatina col perforatore; quando invece si vuol ridurre il diametro biasterico, bisogna cercare di rompere la sella turcica. La perforazione della base che darà la riduzione maggiore del diametro bimalare e biasterico contemporaneamente sarà quella che interesserà la volta palatina e insieme la sella turcica.

Parte seconda. *Perforazione del cranio.* — 1.° L'evacuazione della sostanza cerebrale è necessaria per la facile riduzione della testa, sia che l'estremo cefalico si presenti prima, sia che si presenti dopo. L'autore cita l'opinione contraria di parecchi scrittori, e in prova della sua proposizione riporta una esperienza sua, e le esperienze di Herseu e di E. F. Fabbri.

2.° Le fratture della vôlta del cranio che accompagnano la perforazione fatta su di essa, favoriscono poco la riduzione della testa fetale e presentano per contro seri inconvenienti. Messa una testa fetale fra le aste del compressore cefalico, di cui riporta la figura, l'autore cerca di vedere quale è la riduzione del diametro biparietale cadendo le aste sulle bosse parietali, ed operando in un caso sopra la testa intatta, nell'altro sopra la testa perforata, per modo che la sostanza cerebrale poteva uscire liberamente.

3.° Le fratture della base del cranio che accompagnano la perforazione di questa regione sono assai favorevoli alla estrazione della testa, e sono quasi senza inconvenienti.

Quanto agli strumenti perforatori, di cui l'autore cita il tipo per ciascuna varieta (coltello, forbice, trivella, oliva, perforatore Alésoir, trapano), in seguito ad uno studio critico e sperimentale egli conclude che per la volta, dove si vorrebbe un'apertura larga, regolare, senza traccia di fratture, rispondono meglio il craniotomo del Blot, il perforatore Alésoir e il trapano; per la base, dove si vorrebbe un' apertura egualmente larga, ma anche una sconnessione delle parti vicine, risponde meglio di tutti quello del Blot. Egli è bene dopo la perforazione di avere l'uscita di una certa quantità di sostanza cerebrale.

Parte terza. *Della pinza ossivora e del cranioclasta.* — Prima di fare la storia di questi strumenti, l'autore dà qualche generalità intorno ai vari modi di estrarre la testa fetale attraverso un bacino ristretto (compressione, accomodamento, sconnessione, sminuzzamento), e, intorno ai vari strumenti di cui una categoria intiera ha per tipo la pinza, come il cefalotribo, la pinza ossivora ed il cranioclasta, la pinza intracraniana o del Fabbri.

Per pinza ossivora e per cranioclasta si deve intendere una forma speciale di pinza, di cui una branca si applica nella cavità craniana, e l' altra esternamente sulla testa. La pinza ossivora o craniotomica, come la chiamano gli inglesi, e che da Simpson ha ricevuto il nome di cranioclasta, era stata già abbozzata da Ambrogio Pareo, che ne faceva strumento di demolizione, di sminuzzamento, ed era migliorata a tale intendimento da Meigs e da Barnes: veniva poi inventata da S. Mesnard, che l'applicava come strumento di trazione, migliorato a questo indirizzo da Stein, Boër, Davis, Ramsbotham, Van Huevel; trasformata da Simpson in strumento fratturante, e finalmente addottata oltrecchè a strumento traente e demolitore, a strumento che mette la base della testa di sbieco, per favorirne l'uscita; e questo da Braun e dalla sua scuola, dal Fabbri, e da molti della scuola italiana, cui va il merito di aver studiata quest' azione del cranioclasta.

La pinza ossivora e il cranioclasta debbonsi considerare come uno stesso strumento a dimensioni diverse e con diversa potenza: tra loro non v' ha maggiore differenza di quella che passa fra un lungo forcipe e uno breve, questo da usarsi quando la testa è già discesa all'ostio vulvare, quello potendo afferrare la testa ancora allo stretto superiore.

L' autore riporta le figure degli strumenti adoperati nelle sue esperienze, del cranioclasta di Braun, del suo cranioclasta e della sua pinza ossivora.

Il cranioclasta nelle presentazioni della faccia. — Vi sono tre metodi di applicazione (supponiamo perforata la testa a livello della glabella, e di un' orbita):

1.° { Branca maschio nella glabella perforata
Branca femmina sulla vôlta del cranio

2.° { Branca maschio nella perforazione
Branca femmina sopra il mento e il collo

3.° { 1.ª varietà { Branca maschio nella bocca
Branca femmina sulla vôlta craniana
2.ª varietà { Branca maschio nella bocca
Branca femmina nella perforazione

Di questi tre processi è l'ultimo che merita la preferenza (l'una o l'altra varietà) come lo dimostrano le esperienze dell'autore e la teoria.

Il processo proposto dallo Spiegelberg « branca maschio nella bocca, branca femmina sul mento e sul collo » dev'essere cattivo sia perchè lo strumento vi ha poca presa, sia perchè con questo non si ha la demolizione dello scheletro della faccia e del cranio.

Limite d'azione del cranioclasta. — Il Narich dalle sue esperienze concludeva che, applicata la branca maschio nella glabella perforata e la branca femmina sul collo, si può estrarre una testa di feto a termine in presentazione di faccia attraverso un bacino misurante appena 50 mm. nel suo diametro minimo antero-posteriore; il Pugliati abbassava a 45 mm. il diametro antero-posteriore minimo, attraverso il quale è ancora possibile detta estrazione: questi applicava nelle sue esperienze la branca maschio nella cavità craniana e la branca femmina sul collo. L'autore ricorrendo al terzo processo, all'una o all'altra varietà, nelle sue esperienze ha potuto vincere una strettezza di 35-40 mm. e dà le seguenti regole per l'applicazione del cranioclasta sulla faccia:

a) praticare la perforazione sulla fronte, e preferibilmente a livello della glabella, con uno strumento tale da dare un'apertura abbastanza grande per dar passaggio alla branca femmina del cranioclasta;

b) introdurre la branca maschio nella bocca;

c) far scorrere la branca femmina nell'apertura craniana;

d) nell'estrazione mettere il diametro bimalare in rapporto con uno dei diametri obliqui per modo che il mento si trovi in avanti.

Il cranioclasta nelle presentazioni del vertice. — Dalle diverse esperienze fatte sull'azione del cranioclasta, l'autore viene nelle conclusioni, che:

1° quando lo si vuol usare come strumento semplicemente traente, bisogna applicarlo dal lato della faccia, e in tal modo si possono vincere strettezze leggere, di cui non si può fissare precisamente il limite, ma che parrebbe potersi ridurre a 75 mm. nel diametro promonto-pubico;

2° quando lo si applica previa cefalotrissia completa, si può estrarre la testa attraverso strettezze gravi, e in una esperienza egli ha potuto estrarre la testa attraverso un bacino che misurava 27 mm. nel diametro antero-posteriore.

Quando lo si vuol usare per cambiare la situazione della testa, si può cercare: *a*) di *ruotare* la testa per mettere il diametro bimalare in rapporto conveniente con uno dei diametri dello stretto superiore, e preferibilmente in rapporto col diametro obliquo (processo Narik-Pugliati); *b*) di inclinare la testa abbassando il vertice (processo occipitale), o abbassando la fronte (processo frontale), o uno dei lati (processo temporale). Il primo processo è il più sfavorevole: il migliore è il frontale.

Col processo temporale, secondo le esperienze del Prof. Cuzzi, si può vincere una strettezza di 60 mm. nel diametro minimum (ritenendo di 75 mm. il diametro bimastoideo di una testa fetale a termine); col processo frontale, secondo le esperienze del Pugliati, si potrebbe vincere una strettezza di 45 mm. nello stesso diametro minimum: l'autore riporta cinque esperienze sue, corredate da ragionamenti e da deduzioni assai interessanti; crede esagerata l' efficacia data al cranioclasta dal Pugliati.

Trasformazione della presentazione del vertice in presentazione della faccia. — La maggior parte degli autori si accordano nell'ammettere che la migliore applicazione del cranioclasta si fa sulla faccia; per cui varii modi furono proposti per sostituire la presentazione della faccia a quella del vertice. Il Pugliati si serve delle dita; il Braun, il Cuzzi, il Narik ricorrono al cranioclasta stesso; altri propongono strumenti speciali.

L'autore pel suo metodo, che consiste nel far passare un laccio attraverso la volta e la base craniana, per girarlo intorno al mento e davanti la faccia, propone e descrive uno strumento speciale che rassomiglia molto al perforatore di Hubert, con dimensioni assai più piccole. Il metodo più semplice è quello del Pugliati e del Braun; il più sicuro ma anche il più complicato è quello dell'autore. Egli non crede necessario, meno casi eccezionali, di trasformare la presentazione del vertice in quella di faccia per estrarla col cranioclasta.

Il cranioclasta usato come strumento demolitore. — Come strumento demolitore il cranioclasta può essere adoperato in tre modi:

a) Metodo Simpson. Con questo metodo viene demolita non solo la volta ma anche la base in parte: è però un metodo lungo, che richiede per lo meno quattro applicazioni del cranioclasta; non agisce sopra la parte importante della base che si estende dal foro occipitale alla faccia, e non agisce in alcun modo sulla faccia: il diametro bimalare resta illeso.

b) Metodo Braun. — Col metodo di inclinazione frontale, allorchè la presa è favorevole, la parte della base compresa fra il foro occipitale e la faccia resta lesa, fratturata; ma è questo un risultato eccezionale, accessorio del metodo che ha per iscopo di inclinare la testa verso il fronte e la faccia.

c) Metodo e strumento dell'autore. — La parte della base craniana che importa ridurre per l'estrazione della testa craniotomizzata, è quella che si estende dal foro occipitale alla faccia.

Per trasformare il cranioclasta in strumento demolitore, ed impedire che la base sfuggisse dalla presa, l'autore ha modificato il cranioclasta in modo che le due concavità delle branche potessero collocarsi di fronte, e tendessero a fissare sempre meglio la parte presa collo stringere gradatamente dello strumento. Colla sua modificazione lo strumento può essere applicato nel detto modo, oltrecchè nel modo del cranioclasta ordinario, e si applica quindi in due tempi: nel primo, destinato alla demolizione, le estremità delle branche si guardano colla loro concavità, la branca maschio è collocata nel foro occipitale, e la branca femmina sulla faccia; nel secondo, destinato all'estrazione, la branca maschio è girata in modo, che la sua convessità guarda la concavità della branca femmina nel modo ordinario.

L'autore dà le regole di applicazione del suo strumento, e dalle esperienze sue conclude:

1.° Nei casi in cui la testa si presenta allo stretto superiore nella situazione normale, l'applicazione è facile;

2.° Quando invece la base si trova molto inclinata in avanti, è difficile, o anche impossibile collocare la branca maschio nel foro occipitale. Bisogna raddrizzare la base, e se non si riesce completamente, accontentarsi di collocare la branca interna nella fossa crebellare posteriore, o al di dietro della rocca petrosa corrispondente.

3.° Nell'estrazione bisogna mettere il diametro bimalare in rapporto con uno dei diametri obliqui del bacino: se la base è stata presa dal foro occipitale alla faccia, basta mettere, a tale scopo, lo strumento in rapporto colla sinfisi sacro-iliaca corrispondente; se invece è stata presa sfavorevolmente, fra una rocca petrosa e l'apofisi malare del lato stesso, il cranioclasta dovrà essere messo in rapporto col promontorio, o col lato del promontorio opposto a quello in cui è stato applicato lo strumento.

4.° Col cranioclasta dell'autore si può estrarre una testa a termine attraverso un bacino ristretto da 50 mm. Nei casi favorevoli i risultati sono eguali a quelli ottenuti col metodo Braun (l'inclinazione frontale); invece nei casi sfavorevoli, quando la testa è poco cedevole, i risultati sono superiori.

5.° Come col cefalotribo si può praticare la demolizione ripetuta.

Il cranioclasta come strumento di sminuzzamento. — Usato come strumento di sminuzzamento, come strumento osteotomo, il cranioclasta può tornare difficile o dannoso: difficile quando si voglia applicare la branca esterna fra il cuoio capelluto e le ossa della volta; dannoso quando si voglia applicare la branca esterna sul cuoio capelluto, per strapparlo unitamente all'osso relativo. Non è possibile fissare il limite inferiore di strettezza, attraverso alla quale nella pratica si può estrarre una testa a termine con questo metodo. Nel bacino in ghisa si può vincere una strettezza di 27 mm. nel diametro antero-posteriore. L'autore propone e descrive uno strumento suo, come il migliore per praticare l'osteotomia. Il secondo tempo di questo metodo, cioè la estrazione mediante l'inclinazione della base, la deflessione, si può ottenere colla mano, o con un uncino, o col cranioclasta o con un laccio applicato collo strumento già accennato e descritto sopra.

Con questo metodo si deve poter estrarre una testa a termine attraverso un bacino di 30 mm. nel diametro antero-posteriore: esso è perciò vantaggioso nelle strettezze gravissime.

Negli altri casi è preferibile il metodo di Braun.

Il cranioclasta sulla testa posteriore al tronco.

1.° Testa intatta ed unita al tronco. In tali condizioni, dopo l'uscita del tronco, la testa nella grande maggioranza dei casi si trova in posizione trasversale. Quando è possibile la scelta, bisogna praticare la perforazione sulla volta palatina, nella direzione dalla sella turca: la branca maschio nell'interno del cranio, la femmina sulla faccia, e nell'estrazione mettere il diametro bimalare in rapporto col diametro obliquo del bacino, girando lo strumento verso la sinfisi sacro-iliaca corrispondente. Con questo metodo si può vincere la sproporzione di 20 mm. fra il diametro bimalare e la strettezza. Quando non è possibile la scelta, e nenecessariamente si deve perforare l'occipite, la branca esterna può applicarsi dal lato dell'occipite o dal lato della faccia: i vantaggi qui sono minori, e il massimo vincibile della sproporzione non può essere molto al di là di 10 mm. L'au-

tore non saprebbe indicare il metodo migliore di applicazione del cranioclasta, quando la perforazione per necessità è fatta sulla regione temporale.

2.° La testa ha subito un'operazione preliminare, ma è ancora unita al tronco. In questo capitolo l'autore si limita ad un semplice cenno; crede per altro che vi si possano applicare le conclusioni formulate nel capitolo precedente.

3.° Testa divisa dal tronco. La testa rimasta sola allo stretto superiore si può presentare per la faccia, pel vertice, per un lato, o per la base. Nella presentazione laterale, fatta la perforazione sulla regione temporale, nella quale è introdotta la branca maschio, si applica la branca femmina sull'occipite. Nella presentazione della base del cranio, introdotta la branca maschio nel foro occipitale, o meglio nella perforazione praticata a livello della volta palatina, si deve collocare la branca femmina sulla faccia, e nell'estrazione mettere il diametro bimalare in rapporto con uno dei diametri obliqui del bacino.

Il cranioclasta sul podice. — È nella presentazione podalica, varietà natiche, che il cranioclasta può tornare utile; perchè quando è accessibile una delle estremità inferiori, questa può essere abbassata. Introdotta la branca maschio nel retto, la branca femmina può applicarsi sul sacro, sul pube, o sopra uno dei trocanteri; la applicazione più cattiva è la sacrale; la migliore è la pubica; buona è pure la trocanterica. La posizione più sfavorevole per l'estrazione è quella in cui il diametro bitrocanterico del feto si trova in rapporto col diametro sacro-pubico del bacino: la posizione migliore è la sacro-pubica. Buona è pure la posizione obbliqua, che mette il diametro bitrocanterico in rapporto con uno dei diametri obliqui.

Il cranioclasta sul tronco. — In questi casi il cranioclasta si presenta come una pinza potente, di facile applicazione e di buona presa. Non si può stabilire principi determinati per l'applicazione, che cambierà coi bisogni e coll'operatore. La sola regola che si può dare è di afferrare la parte più resistente dello scheletro che si presenta, introducendo la branca maschio in una cavità viscerale e mettendo la branca femmina alla superficie esterna del corpo.

Nell'apprezzamento che l'autore fa del cranioclasta, conclude:

a) il cranioclasta ha il vantaggio di essere strumento semplice e poco voluminoso;

b) di non mettersi in rapporto coll'utero che con una sola branca;

c) di lasciare alla testa la sua plasticità per adattarsi al canale pelvico;

d) si addatta all'esecuzione dei vari metodi proposti e praticati per l'embriotomia cefalica (trazione, inclinazione, demolizione, sminuzzamento);

e) di rendere facile l'estrazione della testa in presentazione del vertice e della faccia, e l'estrazione del podice e del tronco, e finalmente della testa separata dal tronco.

Per contro si può rimproverare al cranioclasta:

a) di richiedere la diagnosi esatta della presentazione e della posizione;

b) di esigere manovre, di cui taluna è possibile solo all'uomo bene esercitato e famigliare al cranioclasta. FASOLA.

Zeiss. — Gefahrdrohende Blutung aus einem durch den Coitus herbeigeführten Hymenriss. *(Emorragia pericolosa per una lacerazione dell'imene indotta dal coito).* — *(Centralbl. für Gynaek.*, N. 8, 1885).

Chiamato il giorno successivo alla prima notte nuziale, trovò la donna immersa in un lago di sangue, pallida, senza polsi, coperta di sudori freddi, in profondo deliquio. Allontanati i coaguli che trovavansi fra le coscie e praticato il riscontro vaginale, trovò l'imene perforato, la vagina vuota, di dimensioni verginali e così pure l'utero il cui orificio era chiuso. L'imene mostrava due rotture, una piccola a destra, una più profonda che ne raggiungeva la base a sinistra; da quest'ultima scorreva il sangue a corrente continua, uniforme. Il lume del vaso leso era visibile e misurava circa 1-1 $^1/_2$ mm. La compressione digitale contro l'osso fermava l'emorragia ma questa riprendeva, tolto il dito. Venne frenata a permanenza mediante sutura, la quale si tolse al terzo giorno senza che si ripresentasse l'emorragia. La donna si riebbe con etere e vino. Dopo non presentò più emorragia. La donna era del resto sana e robusta, nè in lei nè nella sua famiglia eranvi malattie speciali della crasi sanguigna, e non vi erano in corrispondenza dei genitali vasi sviluppati in modo abnorme.

Zeiss. — Ruptur des Scheindengewölbes durch Coitus. *(Rottura della volta vaginale per coito.* (Ibidem).

IIpara, d'anni 27, di costituzione robusta. Primo parto naturale, secondo parto terminato con facile applicazione di forcipe allo stretto inferiore, sei settimane prima dell'accidente. In occasione del battesimo del bambino, alla sera il marito un po' brillo praticò il coito *à la vache,* e durante questo la donna avvertì violenti ed improvvisi dolori alla parte destra inferiore del ventre, e sentì come se una corrente di sangue caldo sgorgasse dalla vagina. L'emorragia continuò ma modica e presto cessò col riposo, colle irrigazioni fredde. Esaminata la donna all'indomani si constatò che i genitali esterni non presentavano lesioni, che l'utero era in retroflessione energica e la cervice solidamente fissata a destra e anteriormente. Le dimensioni della vagina erano normali nè le sue pareti presentavano rigidità speciale. Nella volta vaginale di destra, a 1 ctm. dalla sua inserzione sulla cervice, eravi una lacerazione recente che per 4 ctm. circa spingevasi lateralmente. Venne spolverata di iodoformio e l'intiera vagina tamponata con garza iodoformica. Guarigione senza reazione.

Pelzer. — Retention eines abgestorbenen fœtus bis zum normalen Ende der Schwangerschaft. *(Ritenzione di un feto morto fino al termine normale della gravidanza.* — *(Centralblatt für Gynaek.*, N. 9, 1885).

Pluripara, nessun indizio di sifilide nè in lei nè nel marito. Entra nella clinica il 6 novembre 1884: le mestruazioni erano cessate il 12 febbraio: nell'agosto era stata riconosciuta da Martin gravida di quattro mesi; in novembre l'utero aveva ancora il volume di una gravidanza quadrimestre. Non poteva

dunque trattarsi che di una retenzione di un feto morto in luglio. Le esplorazioni ripetute provocarono probabilmente le contrazioni uterine e il 17 novembre partorì un feto morto e macerato della lunghezza di 9 ctm. Il 19 novembre segnava al calendario il termine della gravidanza.

Wiedow. — Zur operativen Behandlung der Pyosalpinx. *(Contributo al trattamento operativo del piosalpinge).* — *(Centralblatt f. Gynaek,* N. 10, 1885).

Data ad Hegar la priorità della salpingotomia passa in breve esame critico i procedimenti sinora usati nel trattamento delle raccolte purulente nella tuba, la puntura e l'aspirazione della marcia per la via vaginale, l'estirpazione dell'intiero sacco con o senza drenaggio consecutivo addominale o vaginale, l'escisione parziale ovvero la semplice incisione del sacco, e la cucitura dello stesso colle pareti addominali e consecutivo drenaggio della cavità ascessuale per l'apertura d'incisione.

Egli propone di aprire lo spazio di Douglas mediante una incisione sagittale e quindi di orientarsi, penetrando col dito attraverso l'apertura, sulle aderenze del tumore cogli organi pelvici. Se si trova chiuso il cavo addominale da aderenze si apre la tuba mediante sufficiente incisione: se invece col dito si penetra liberamente nel cavo addominale si pratica il tamponamento della ferita fino alla parete dell'ascesso mediante garza al iodoformio o al sublimato e si attende alcuni giorni finchè si sia ottenuta l'aderenza del sacco col peritoneo nel campo della ferita e quindi si incide. Tale condotta vale specialmente per i casi, nei quali il tumore giace profondamente ed è immobile e fissato da aderenze.

Analogo processo si può seguire ma per diversa via, incidendo ciò parallelamente al legamento di Poparzio due dita circa al disopra di esso. Questo processo vale specialmente per i casi in cui il tumore si trova al davanti del legamento largo ed è più o meno elevato ed applicato alla parete addominale anteriore. Si può infine procedere per entrambe le vie e rendere accessibile in una o più sedute la tuba sia dalla parte addominale che dalla parte vaginale. Espone quindi un caso in cui procedette appunto con felice risultato in quest'ultimo modo.

Otto Küstner. — Operation bei pruritus vulvae. *(Operazione nel prurito vulvare.* — *(Centralblatt f. Gynaek.*, N. 11, 1855).

I fatti di Küstner parlano molto a favore del trattamento operativo nel prurito vulvare proposto da Schroeder per determinati casi.

1.° Caso. — Donna affetta da catarro uterino e da prurito vulvare. Curata per lungo tempo e con buon resultato del catarro uterino col metodo di Schultze, rimanevano sede principale dal pruruto vulvare due piccole zone simmetriche situate fra le piccole labbra e l'imene, queste zone erano molto sensibili al tocco colla sonda e col dito ed erano ricoperte di piccole cisti da ritenzione, i caratteristici noduli di miglio: egli disseccò due piccoli lembi mucosi di 1 ctm. di larghezza e di 3-4 ctm. di lunghezza e riunì quindi la piccola ferita mediante sutura nodosa. Guarigione permanente.

2.° Caso. — Catarro uterino e prurito vulvare; la terapia del catarro uterino non portò alcun utile risultato: anche in questo caso eranvi non piccole cisti sebacee; l'operazione fu un po' più estesa essendosi esportato anche la parte posteriore delle piccole labbra. Il prurito migliorò e poi scomparve.

3.° Caso. — Amputazione alta della porzione vaginale del collo affetta da

ectasie follicolari; l'esame microscopico della parte esportata escludeva il dubbio di carcinoma. Il prurito che concomitava le emorragie continuò mentre queste che avevano occasionato l'amputazione del collo cessarono. Le urine non contenevano nè albumina nè zuccaro. La mucosa che ricopriva il tratto di perineo laceratosi nei parti antecedenti era la sede del molesto prurito. La perineoplastica guarì l'ammalata del prurito.

Riporta infine un altro caso osservato nella clinica di Olshausen, in cui si ebbe guarigione.

Richard Haidlen. — Ein Beitrag zur Lehre vom Fruchtwasser. *(Una contribuzione alla conoscenza del liquido amniotico).* — *(Arch. f. Gynaek.,* XXV Bd. 1 H).

È una serie di ricerche sulla quantità del liquido amniotico in rapporto colla grandezza del feto, col peso della placenta, colla lunghezza del funicolo appunto collo scopo di vedere se tra questi ultimi fattori e la quantità del liquido amniotico vi sia una relazione costante. Comunica inoltre i risultati delle sue ricerche sul passaggio del ioduro di potassio nel liquido amniotico nell'uomo.

L'autore ha determinato la quantità del liquido amniotico in 43 casi e viene indicata in una tabella in cui sono notati altresì il peso, la lunghezza, il sesso del feto, il peso della placenta, la lunghezza, il numero delle torsioni e delle circolari del cordone, infine il peso specifico del liquido amniotico.

Alcuni poi di questi rapporti sono esposti in modo grafico. Dall'esame di essi risulta anzitutto che la quantità del liquido amniotico non è punto proporzionale negli ultimi mesi di gravidanza al peso ed alla età del feto. La mancanza di tale proporzionalità non depone dunque a favore di una secrezione del liquido amniotico per parte del feto e specialmente dei reni, tanto più che le ricerche di Dohrn avrebbero dimostrato che la quantità di urina contenuta nella vescica del neonato all'atto del parto è proporzionale al peso del feto.

E neppure vi sarebbe proporzionalità ben determinata fra il peso della placenta e la quantità del liquido amniotico.

Questa prcporzionalità fa pure difetto riguardo alla lunghezza del funicolo: anzi dall'esame della tabella corrispondente ne risulterebbe piuttosto una tendenza ed una proporzione inversa.

Anche il numero di giri di torsione e gli avvolgimenti del cordone a qualche parte fetale non influenzano la quantità di liquido amniotico.

È degno di nota inoltre che il peso specifico del liquido amniotico non diminuisce coll'aumentare di questo e nella più diverse quantità di liquido ed anche nell'idramnios si allontana poco dalla media che l'autore in 37 casi calcolò di 1008,4. In un caso di idramnios con 7 litri per esempio il peso specifico fu di 1009 superiore quindi alla media.

In 12 casi venne determinata anche la quantità del residuo secco e delle ceneri e ne risultò che la loro quantità non è in proporzione inversa della quantità di liquido amniotico.

Riguardo al passaggio del ioduro di potassio amministrato alla madre nel liquido amniotico giunse agli stessi risultati positivi di Krükenberg. Le gravide o partorienti prendevano prima del parto ioduro di potassio per bocca. Dapprima si puliva accuratamente la vagina con acqua calda e il liquido amniotico veniva raccolto mediante un trequarti pulito dalla borsa tesa durante la contrazione e doveva sempre essere libero da sangue e da meconio. Come reagente serviva la salda d'amido a cui si era aggiunto traccia di nitrato di potassa e di acido solforico. La reazione in regola era più evidente quando dopo l'aggiunta del reagente si aggiungeva ancora al liquido da esaminarsi una goccia di acido solforico diluito. Riguardo alla finezza di tale reazione essa era evidente in una diluzione di una parte di ioduro in 200000 di acqua ovvero di una di ioduro in 80000 di urina.

In una prima serie di dieci casi il ioduro venne dato dopo il principio dei dolori e più o meno tempo prima della rottura delle membrane. In tutti i casi riuscì la dimostrazione del jodio nelle ceneri del liquido amniotico.

I due casi in cui il ioduro fu dato 1 ora e 2 ore e $^1/_4$ prima della evacuazione del liquido amniotico e si potè raccogliere soltanto 5 ctm. di liquido, non riescì la dimostrazione nel liquido amniotico, si bene nell'urina del feto.

In un'altra serie di casi il ioduro venne amministrato a lungo negli ultimi mesi di gravidanza e poi sospeso fino al parto. Quando l'amministrazione del ioduro era stata fatta prima di cinque giorni dal parto non riuscì mai a dimostrare il ioduro nel liquido amniotico e nell'urina del feto.

In due casi in cui era stato amministrato tre giorni prima del parto riuscì la sua dimostrazione.

In un caso di feto macerato potè essere dimostrato il iodio nel liquido amniotico dopo che si era amministrato il ioduro un'ora e mezza prima della rottura delle membrane.

MANGIAGALLI.

LIBRI VENUTI IN DONO AL GIORNALE

Falaschi Prof. **Emilio** — Albuminuria gravidica con idrope, ascite, anasarca ed edema polmonare. Parto prematuro artificiale con esito felice per la madre e il feto. Siena, 1885.

Coli Dott. **Gaetano** — La pneumonite cruposa nelle donne gravide. Tesi di laurea. Bologna, 1885.

Giglio Dott. **Giuseppe** — Storia clinica di un caso di Latirismo in Sicilia. Palermo, 1885.

Labusquière Dott. **R.** — Des ruptures utérines pendant le travail a terme. Pathogénie et traitement. Paris, 1884.

Dott. **Emile Valude** — Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. Paris, 1885.

Dott. **H. Richardière** — Étude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance. Paris, 1885.

Dott. **A. Pinard** — Le Basiotribe Tarnier. Paris, 1885.

Morisani Prof. **O.** — 50 Donne operate di Fistole uro-genitali. Napoli, 1885.

Transactions of the obstetrical society of London, vol. XXVI. London, 1885.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Vol. VII. Maggio-Giugno 1885 N. 5-6.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

STUDII E RICERCHE DI OSTETRICIA

del Dott. PAOLO NEGRI

Professore-Direttore della Scuola Pareggiata d'Ostetricia in Novara

LA TEMPERATURA DELLE MAMMELLE NEL PUERPERIO

Studio clinico.

La termometria *clinica puerperale localizzata* ha avuto finora pochi cultori in Italia: scrivo questo perchè per quanto *a me consta* di tali studi uno solo fu pubblicato nell'anno 1880 dai signori Prof. A. Cuzzi e Dott. G. Nicola (1). In quella comunicazione gli Egregi Autori si occupano di raffronti fra le temperature ascellare, intercostale, ombellicale e vaginale richiamando gli studi già fatti dal Prof. Peter a Parigi.

Nel passato anno scolastico io intrapresi le prime osservazioni sulla temperatura locale delle mammelle durante il puerperio: in allora l'argomento era affatto nuovo per me, e non mi constava che altri se ne fosse occupato: avendo interrotto quello studio per differenti ragioni e tra le altre, non ultima, per la sopravvenuta fine dell' anno scolastico, non potei riprenderlo che nel corrente anno 1884-85: nell' autunno però ricercando attentamente nella ricchissima bibliografia contemporanea, trovai con mia sorpresa che nei mesi di febbraio e luglio 1884 erano comparsi due lavori su tale argomento. Appartengono ai signori Cauvet e Chatelet entrambi dottori della Facoltà Medica di Parigi.

(1) *Ricerche di Cromocitometria e Termometria ostetrica.* Comunicazione di A. Cuzzi e G. Nicola. (*Annali di Ost., Gin. e Ped.,* luglio-agosto, N. 7-8 1880).

La prima idea che mi venne dopo tale scoperta, si fu quella di abbandonare tale incominciato studio ritenendolo ormai inutile: ma leggendo le due pubblicazioni citate venni a conoscere, che le conclusioni degli Autori se in parte concordi, erano invece discordi in qualche particolare, e mi convinsi che il mio studio potea ancora *aver ragione di essere.*

In conseguenza di ciò questo scritto risulta diviso in due parti: nella *prima,* che si potrebbe dire storica, saranno riassunte le osservazioni e le conclusioni di Cauvet e Chatelet: nella *seconda* esposto dapprima il modo di ricerca, saranno sottoposte al lettore tutte le osservazioni personali, poi dedotte le conclusioni e queste confrontate con quelle a cui pervennero i due dottori sopra nominati.

PARTE PRIMA.

Riassunto degli studii di Cauvet e Chatelet.

La tesi di Cauvet porta per titolo: *Contribution a l'étude de la montée du lait* (1); si occupa di questo fatto proprio del puerperio da un punto di vista affatto nuovo: è divisa in due parti, nella prima si tratta dell'andamento della montata lattea, e delle varie influenze che possono agire su questa. Per ricordare solo quali sieno le influenze studiate dall'A. diremo che nel secondo capitolo cerca i rapporti che possono esistere fra tale montata e la data *della prima comparsa mestruale ed il momento in cui fu incominciato l'allattamento.* Nel terzo capitolo vien studiato l'andamento della secrezione lattea in rapporto *alla durata del parto.*

Ma noi, per non allontanarci troppo dalla nostra meta non ci soffermeremo che sulla seconda parte della tesi, nella quale parte si studiano appunto le temperature ascellare e mammaria in rapporto alla montata lattea. Anzitutto ricordiamo come abbia il Cauvet proceduto in questa ricerca: amiamo riportare le sue precise parole (2). « Nous nous sommes servis, pour le températures axillaires, des thermomètres ordinaires de la clinique, et pour les températures mammaires, d'un thermomètre à cuvette plate offrant au sein une surface, représentée par un cercle d'un centimètre et demi de rayon et que nous appliquions sur le sein, du côté ou était le thermomètre à température axillaire, pendant dix minutes environ. »

Con questo procedimento l'autore praticò su quaranta puerpere osservazioni termometriche, ed ecco alcuni dei resultati ai quali pervenne. *La temperatura ascellare* presa immediatamente dopo la montata del latte fu trovata:

---

(1) Le Mans. Imprimerie Albert Drouin, 1884.

(2) Loc. cit., pag. 27.

15 volte al di sotto di 37°
18 volte da 37° a 37,5
7 volte da 37,5 al di là.

Rispetto poi all'abbondanza della secrezione lattea il Cauvet riscontra:

nei primi 15 casi in cui la temperatura fu al disotto di 37°, 9 volte la secrezione fu abbondante, 4 volte molto abbondante, 2 volte poco abbondante.

nei 18 casi in cui la temperatura oscillò fra 37 e 37,5; 9 volte fu abbondante, 1 volta molto abbondante, 8 poco abbondante.

nei 7 casi in cui la temperatura fu di 37,5 od ancor più; 5 volte abbondante, 2 poco abbondante.

« La *temperatura mammaria* fu, in generale, più elevata sopratutto al momento della montata lattea, di quella ascellare, ed invero la proporzione è assolutamente invertita, » così scrive l'autore a pag. 29; eccone la prova:

Fra le 40 donne studiate

5 volte la temp. fu trovata sotto 37°
20 volte la temp. oscillò fra 37 a 37,5
15 volte la temp. oscillò fra 37,5 e gradi superiori arrivando perfino in un caso a 39,6.

« Comparée (pag. 29) aux températures correspondantes de la veille et de l'avant-veille, celle du matin avec les températures du matin, celle du soir avec les températures du soir, la température mammaire, en rapport avec la montée du lait, a subi, dans la majorité des cas, une ascension plus ou moins marquée. »

Ed a pag. 30 « .... quant aux relations qui peuvent exister entre la température mammaire et l'abondance du lait, si elles sont un peu plus étroites que celles qui existent entre cette même abondance et la température axillaire, elles restent cependant peu manifestes, et quoique la majorité des cas, où le lait a été abondant, corresponde à des températures élevées, la proportion n'en est pas telle que nous l'avions supposée à priori. »

Confrontando poi le due temperature ascellare e mammaria trova che al momento della montata lattea la temperatura mammaria fu superiore 32 volte sopra 40, e precisamente

15 volte meno di 5 decimi di grado
17 volte di 5 decimi od al di là.

Nelle altre otto osservazioni: 1 volta le due temperature furono trovate eguali, 7 volte la temp. mammaria fu inferiore da 0° a 5 decimi di grado a quella ascellare.

Rispetto poi all'elevazione della temperatura in rapporto alla quantità del latte scrive che « (pag. 31) ..... la température mammaire s'est maintenue

plus en rapport avec l'abondance du lait, que la température axillaire, qu'elle a subi presque toujours l'influence de cette abondance, et dans des plus grandes proportions que n'a la fait la température générale. »

Il Dott. Emanuele Chatelet si limita allo studio della temperatura della mammella (1); quando l'A. incominciò le sue ricerche ignorava affatto l'esistenza del lavoro di Cauvet, e fu spinto nella via delle ulteriori osservazioni per la ragione che subito s'accorse che talune delle conclusioni del Cauvet poteano essere infirmate. Nella prima parte del suo lavoro parla della temperatura locale in genere e dei varii strumenti proposti per segnarla nonchè delle numerose cause di errore residenti queste o nello strumento stesso, o nelle condizioni differenti in cui può venir fatta la osservazione. Il Chatelet viene alla conclusione che tra tutti i termometri proposti quello di Costantino Paul a ventosa è il migliore, poichè più di tutti gli altri fa evitare cause numerose di errore; per questa ragione quest'autore prescelse appunto tale termometro.

Nella seconda parte dopo aver sulla scorta della fisiologia stabilito « che lo studio dei fenomeni che avvengono nella mammella durante la secrezione lattea permette di stabilire *a priori* che la temperatura di quest'organo debba esser molto più elevata che non nello stato di riposo » si domanda prima di tutto quale sia la temperatura locale della mammella nello stato di riposo. Dopo aver ricordate le medie ammesse da Peter, da Brebion, da Redard, espone i risultati di ricerche personali fatte sopra 22 donne, convalescenti, senza febbre, o malate per forme afebbrili, usando il termometro del Paul: n'ebbe in risultato che la temperatura normale della mammella varia fra limiti abbastanza lontani (da 32,5 a 35), e che si può ritenere come media la temperatura di 33,4. Crede poi che già nella gravidanza per il fatto delle modificazioni che si producono fin dai primi mesi, le mammelle debbano presentare una temp. più elevata: in 4 o 5 gravide al 4° e 5° mese potè constatare una temp. da 35 a 36, ma non fece ricerche sufficienti per venire ad una attendibile conclusione.

Ricorda le ricerche di Cauvet, poi espone i risultati avuti dalle sue osservazioni; noi possiamo sottoporre al lettore tali risultati qui riportando le sei conclusioni alle quali pervenne il Chatelet.

1.° Lo stabilirsi della secrezione lattea determina nella mammella una elevazione termica che può toccare 2 ed anche 3 gradi.

2.° Esistono evidenti rapporti fra la temperatura mammaria e la secrezione del latte, quella essendo tanto più elevata, quanto più abbondante è questa.

---

(1) *Études sur la température locale du sein après l'accouchement.* Paris. G. Rougier et Compagnie, 1884.

3.° Quando al 2° od al 3° dì di puerperio, la temp. mammaria tocca o sorpassa i 36°, e si mantiene sopra questa cifra per i primi 8 o 9 giorni di allattamento, si può dire che la secrezione lattea sarà abbondante.

4.° La secrezione è nulla o scarsa quando il termometro resta sotto i 36°, o quando non si mantiene a questa cifra.

5.° La montata lattea non ha alcuna influenza sulla temperatura generale; la febbre lattea non esiste.

6.° La temperatura generale, al contrario, ha una notevole influenza su quella della mammella.

Da ciò si può vedere che tanto per il Cauvet, quanto per il Chatelet, la temp. della mammella aumenta: ma qui cessa l'accordo: per il Cauvet tale aumento può farsi anche oltre il limite della temperatura generale, per il Chatelet invece tale aumento rimane sempre al disotto della temp. generale.

PARTE SECONDA.

Osservazioni dell' Autore.

Metodo seguito nelle ricerche cliniche. — Per evitare le molte cause di errore che possono infiltrarsi in tali ricerche ed alterarne di molto le risultanze, ho seguito il metodo seguente. Tutte le osservazioni furono fatte con due soli termometri; uno consueto clinico a massima, centesimale, l'altro per temperatura locale del Costantino Paul a ventosa (1). I due termometri venivano contemporaneamente applicati, quello comune all'ascella destra, quello locale alla mammella destra, nel segmento superiore immediatamente sopra il capezzolo. L'ascella veniva previamente asciugata, poi il braccio era mantenuto aderente al torace: l'esatta applicazione del termometro locale era garantita dallo stato della pera annessa al termometro: era evidente che fino a questa pera si manteneva schiacciata significava che entro alla ventosa si aveva una pressione negativa, garantito in conseguenza il perfetto contatto della spirale del termometro con la cute della mammella. Che la cosa andasse realmente così veniva poi constatato con la ispezione: sulla mammella restava cioè la impronta della spirale, e si manteneva per tempo parecchio. A garantire una adesione completa fra contorni della capsula di gomma racchiudente il termometro e cute, si avea cura di spalmare con vaselina pura il margine della capsula elastica.

---

(1) C. Paul. *Thermomètres adhérents et isolée.* — (*Bull. de la Société de therapeutique.* 13 Febbraio 1884).

La osservazione durava 15 m' per ogni volta; per evitare errori di durata si fece uso di un orologio a polvere. Tutte le osservazioni furono fatte fra le 8 e le 9 ant. e le 3 e le 4 pom., essendo in conseguenza sempre eguali le condizioni delle puerpere rispetto all'epoca della presa del cibo.

Finalmente ricorderò che tali osservazioni essendo state fatte nella stagione invernale, la temp. media degli ambienti oscillava fra 12 e 15 gradi del termometro ottantigrado.

Ciò premesso la mia prima ricerca si fu quella di stabilire la temp. media della mammella durante la gravidanza; a tal uopo impresi osservazioni sopra gravide che venivano accolte nella clinica: anche tali ricerche furono compiute con tutte le sopraesposte cautele.

Le risultanze avute il lettore potrà trovarle nella tabella che qui faccio seguire.

N. progressivo	Temp. della mammella destra	Temp. ascella destra
1	32,8	36,9
2	34,5	37,2
3	35,7	37,5
4	36,7	37,4
5	32,7	37,2
6	33,6	37,1
7	33,6	37,4
8	32	36,8
9	36,2	37,3
10	33,2	37,6
11	32,7	37,2
12	34	36,5
12 bis (1)	33,8	37,2
13	33,9	37,2
14	34,2	37
15	33,1	37,3
16	33,6	37,1
17	33,6	37
18	33,9	37
19	35,2	37,3
20	35,4	37,4
21	33,8	36,8

(1) È la medesima gravida segnata con il N. 12; la osservazione fu fatta ad un mese di istanza dalla prima.

Ricercando la media generale delle due temperature si trova:

Temp. mammella 7482 : 22 = 34
Temp. ascellare 8174 : 22 = 37,1

e cioè che nello stato di gravidanza inoltrata (8° e 9° mese), la temp. delle mammelle può ritenersi di 34° centigradi, con una differenza in meno di poco più di tre gradi centigradi su quella ascellare (37,1).

Anche in queste ricerche si nota il fatto che la temp. mammaria, come già trovò il Chatelet nelle donne all'infuori dello stato puerperale, presenta marcate oscillazioni: nelle 22 osservazioni esposte la temperatura oscilla infatti fra un minimum di 32° ed un maximum di 36°,7 il numero limitato delle osservazioni non ci permette di darne ragione; però notiamo la cosa.

Da questa tabella risulterebbe eziandio che la mammella della gravida è più calda di quella della donna non gravida, se paragoniamo la media ottenuta di 34° alla media dello Chatelet che sarebbe di 33°,4; ma ancor qui il numero limitato delle osservazioni ci fa accettare con riserva tale conclusione.

Ciò premesso espongo ora integralmente le osservazioni cliniche: le divido in differenti classi a seconda che le puerpere allattarono o no, ebbero puerperio fisiologico o patologico.

CATEGORIA PRIMA

Puerpere che non allattarono ed ebbero puerperio affatto normale.

Osservazione I.

N. 1. — Primigravida, d'anni 23, contadina. — Accolta il dì 11 dicembre. Parto spontaneo il 6 gennaio, a termine. Maschio vivo. Grammi 2870, lungo cent. 48. Primo periodo ore 8.15, secondo 3.45.

Prospetto delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. —	8 gennaio	matt.	37,6	matt.	33,8
		sera	37,4	sera	33,8
2. —	9 »	matt.	37	matt.	34,7
		sera	37,2	sera	33,7
3. —	10 »	matt.	37	matt.	—
		sera	37,1	sera	33,8

		Ascella destra		Mammella destra	
4. — 11 gennaio		matt.	37,3	matt.	34,3
		sera	37,3	sera	35,1
5. — 12	»	matt.	37,2	matt.	34,6
		sera	37,4	sera	33,4
6. — 13	»	matt.	37,7	matt.	33,4
		sera	37,5	sera	34
7. — 14	»	matt.	36,7	matt.	34
		sera	37,2	sera	33,6

Note. — 1. Nessuna osservazione speciale, cateterismo, lochi normali.

2. Lochi sanguigni, *dalle mammelle esce spontaneamente siero.*

3. *Mammelle un po' dolenti, non tese,* nulla nel resto.

4. *mammelle tese, dolenti, rosse;* alla sera ancor più tese e più dolenti.

5. *Mammelle meno rosse, meno dolenti;* nulla di speciale all'addome utero e lochi.

6. *Retrocessione in tutti i fenomeni relativi alle mammelle.*

7. *Mammelle floscie,* utero indolente piccolo.

Esce sana il 20 gennaio 1885.

Osservazione II.

N. 3. — Primigravida, d'anni 24, servente. Accolta il 16 dicembre 1884. Parto l'8 gennaio alle 3 $^1/_4$ ant., maschio sano, vivo, a termine. Grammi 3370, lungo cent. 51 (27-24).

Andamento delle temperature.

		Ascella destra		Mammella destra	
1. — 8 gennaio		sera	37,7	sera	34,8
2. — 9	»	matt.	37,2	matt.	32,8
		sera	37,8	sera	35,4
3. — 10	»	matt.	37,5	matt.	35,2
		sera	37,8	sera	35,4
4. — 11	»	matt.	37,8	matt.	35,4
		sera	37,8	sera	34,7

	Ascella destra			Mammella destra	
5. — 12 gennaio	matt.	37,8		matt.	35,6
	sera	38		sera	35,6
6. — 13 «	matt.	37,5		matt.	35,8
	sera	37,7		sera	34,8
7. — 14 »	matt.	37,5		matt.	34
	sera	37,9		sesa	34,6
8. — 15 »	matt.	37		matt.	32,9

Note. — 1. Benessere, utero retratto, lochi normali.

2. Bene in tutto, nessun fenomeno alle mammelle.

3, Bene, utero duro, indolente, lochi normali, nulla alle mammelle.

4. *Mammelle un po' tese, dolenti, non rosse*, nulla al resto.

5. *Mammelle più rosse, dolenti, più tese, alla sera aumento*, nulla nel resto.

6. *Diminuzione nei fenomeni alle mammelle.*

7. Mammelle affatto indolenti.

Esce sana il 20 gennaio.

Osservazione III.

N. 4. — IIgravida, d'anni 24, contadina. Parto a termine l'8 gennaio 1885. Maschio vivo. Grammi 4130. Primo periodo ore 4. secondo ore 0,50.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 8 gennaio	sera	37,1		sera	34,4
2. — 9 »	matt.	36,9		matt.	33
	sera	36,9		sera	33,7
3. — 10 »	matt.	37,3		matt.	33,7
	sera	37,3		sera	34,4
4. — 11 »	matt.	37,2		matt.	34,5
	sera	37,4		sera	32,9
5. — 12 »	matt.	36,8		matt.	33,6
	sera	37		sera	35,2

	Ascella destra			Mammella destra	
6. — 13 gennaio	matt.	36,4		matt.	32,8
	sera	37,4		sera	34
7. — 14 »	matt.	36,9		matt.	32
	sera	36,6		sera	34,7
8. — 14 gennaio	matt.	37,3		matt.	33,6

Note. — 1. Qualche morso uterino, nel resto bene.
2. Nulla di speciale, nessun mutamento alle mammelle.
3. Nulla alle mammelle.
4. *Qualche dolore alle mammelle, non tese.*
5. Mammelle poco dolenti nella zona esterna, non rosse; a sera aumento nella tensione e nel dolore.
6. Tutti i fenomeni sono in diminuzione.
7. Mammelle floscie indolenti.

Esce sana il 20 gennaio 1885.

Osservazione IV.

N. 7. — IVgravida, d'anni 30, prostituta. Parto il 23 gennaio ore 11.20 ant. Maschio sano. Grammi 2710, lungo cent. 50.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 23 gennaio	sera	37,5		sera	33,8
2. — 24 »	matt.	37,2		matt	35
	sera	36,8		sera	34,4
3. — 25 »	matt.	37,2		matt.	35,1
	sera	37,4		sera	34,6
4. — 26 »	matt.	37,5		matt.	33,9
	sera	37,8		sera	34,2
5. — 27 »	matt.	37		matt.	35,6
	sera	37,3		sera	35,3
6. — 28 »	matt.	37,1		matt.	34,7
	sera	37,4		sera	34
7. — 29 »	matt.	37		matt.	33

Note. — 1. Qualche morso, lochi sanguigni abbondanti.
2. Bene in tutto, nulla alle mammelle.
3. Mammelle *un po' dolenti*, nel resto normale.
4. *Mammelle dolenti nel segmento esterno, un po' rosse.*
5. *Mammelle meno dolenti di ieri.*
6. Mammelle floscie indolenti.

Esce sana il 4 febbraio 1885.

Osservazione V.

N. 9. — IIgravida, d'anni 22, contadina. Parto a termine spontaneo il 31 gennaio ore 7.55 pom. Femmina viva. Grammi 2900, lunghezza cent. 50. Primo periodo ore 4.30, secondo ore 0,25.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. —	1 febbraio	sera	37,5	sera	34,9
2. —	2 »	matt.	37,3	matt.	34,6
		sera	37.7	sera	36,2
3. —	3 »	matt.	37,7	matt.	34,8
		sera	37,6	sera	35,9
4. —	4 »	matt.	37,5	matt.	33,8
		sera	37,5	sera	35,4
5. —	5 »	matt.	37,5	matt.	34,5
		sera	37,8	sera	34,7
6. —	6 »	matt.	37,7	matt.	36,1
		sera	37,8	sera	34,8
7. —	7 »	matt.	36,9	matt.	35,7
		sera	37,4	sera	34,7
8. —	8 »	matt.	37	matt.	35
		sera	37,2	sera	35,4

Note. — 1. Qualche morso uterino, lochi normali.
2. Bene in tutto, nulla alle mammelle.
3. Mammelle un po' tese — dolenti — nulla nel resto.

4. Mammelle dolenti, un po' rosse.
5. Mammelle più floscie, regressione nella rivoluzione lattea.
6. Mammelle floscie.

Esce sana il 12 febbraio 1885.

Osservazione VI.

N. 10. — IVgravida, d'anni 36, servente. Parto il 7 febbraio ore 10.10 pom. Primo periodo ore 5.53, secondo 15 m'. Maschio sano. Grammi 2710, lungo cent. 47.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 8 febbraio	matt.	37,7		matt.	35,9
	sera	37,7		sera	35,4
2. — 9 »	matt.	37,7		matt.	36,1
	sera	37,7		sera	34,9
3. — 10 »	matt.	37,8		matt.	37
	sera	38,2		sera	37
4. — 11 »	matt.	37,2		matt.	35,8
	sera	37,5		sera	36,4
5. — 12 »	matt.	37,3		matt.	35,9
	sera	37,3		sera	35,3
6. — 13 »	matt.	37,2		matt.	35,2
	sera	37,8		sera	36,4
7. — 14 »	matt.	37,2		matt.	35
	sera	37,3		sera	36,8
8. — 15 »	matt.	37,2		matt.	36,3

Note. — 1. Affatto normale.
2. Un po' dolente la mammella sinistra, nulla a destra.
3. Mammelle dure, rosse, calde e molto dolenti; a sera ancor aumentata la tensione ed il dolore.
4. Mammelle rosse e dure un po' meno dolenti.
5. Mammelle sempre molto dure, ma meno rosse e meno dolenti.

6. Mammelle ancor meno dolenti di ieri.
7. Mammelle indolenti, un po' tese.
8. Mammelle floscie.

Esce sana il 19 febbraio.

Osservazione VII.

N. 12. — Contadina, d'anni 27, sordo-muta. Parto il 12 febbraio ore 6.50 pom. Primo periodo ore 12, secondo 0.50. Maschio sano vivo pesante grammi 3140.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 13	febbraio	matt.	37,7	matt.	36,8
		sera	37,7	sera	37
2. — 14	»	matt.	37,4	matt.	35,6
		sera	37,5	sera	36,1
3. — 15	»	matt.	37,3	matt.	36,7
		sera	37,6	sera	36,6
4. — 16	»	matt.	37,5	matt.	36
		sera	37,3	sera	35,6
5. — 17	»	matt.	36,5	matt.	35,4
		sera	37,6	sera	35,5
6. — 18	»	matt.	37,4	matt.	36
		sera	37,5	sera	36,4
7. — 19	»	matt.	37	matt.	35,6
		sera	37,1	sera	37
8. — 20	»	matt.	37,5	matt.	36,8

Note. — 1. Utero grosso, duro, mobile, lochi abbondanti.
2. Mammella sinistra un po' dolente; bene nel resto.
3. Mammelle un po' dolenti e lievemente tese; bene nel resto.
4. Mammelle tese, dure, dolenti.
5. Mammelle dure, dolenti.
6. 7. 8. Progressiva diminuzione ne' fenomeni relativi alle mammelle.

Esce sana il 23 febbraio.

Osservazione VIII

N. 13. — Primigravida, d'anni 32, contadina. Parto a termine il 15 febbraio ore 5 ant. Primo periodo ore 13, secondo ore 2. Maschio pesante grm. 3200 lungo cent. 50.

Andamento delle temperature.

		Ascella destra		Mammella destra	
1. — 15	febbraio	matt.	37,5	matt.	36,9
		sera	37,9	sera	35,3
2. — 16	»	matt.	37,4	matt.	35,4
		sera	37,9	sera	36,9
3. — 17	»	matt.	37	matt.	35
		sera	37,4	sera	36,5
4. — 18	»	matt.	37,2	matt.	35,4
		sera	37,9	sera	37,3
5. — 19	»	matt.	36,8	matt.	35,4
		sera	37,2	sera	36
6. — 20	»	matt.	37,2	matt.	36
		sera	37,4	sera	35,6
7. — 21	»	matt.	37,2	matt.	35.8
		sera	37,5	sera	36,9
8. — 22	»	matt.	36,8	matt.	34,6
		sera	37,2	sera	35,8

Note. — 1. Bene in tutto.
2. Lochi abbondanti, nessun dolore.
3. Nulla alle mammelle.
4. Mammelle dolenti un po' dure; alla sera rosse, dure e molto dolenti.
5. Mammelle un po' meno dure e meno rosse.
6. Meno dure, meno dolenti, non rosse.
7. 8. Decremento nei fatti mammarii.

Esce sana il 27 febbraio 1885.

Osservazione IX.

N. 14. — Primigravida, d'anni 28, contadina. Accolta il 25 novembre 1884. Pelvi piatta C. D. 90-95. Parto il 15 febbraio alle ore 1 $^1/_2$ pom. Faccia M. I. D. P. perm. Craniotomia e cranioclastia previa Isterostomatotomia. Primo periodo ore 44.30

Andamento delle temperature.

	Ascella destra		Mammella destra	
1. — 16 febbraio	matt.	37,1	matt.	36,2
	sera	37,4	sera	36,2
2. — 17 »	matt.	37,3	matt,	35,2
	sera	37,8	sera	36,8
3. — 18 »	matt.	37,2	matt.	35
	sera	37,7	sera	37,2
4. — 19 »	matt.	37,3	matt.	36,8
	sera	37,7	sera	36,6
5. — 20 »	matt.	37,1	matt.	36,2
	sera	37,7	sera	36,6
6. — 21 »	matt.	37	matt.	35,6
	sera	37,6	sera	36,6
7. — 22 »	matt.	37	matt.	34,8
	sera	37,4	sera	35,8
8. — 23 »	matt.	37,2	matt.	34,4
	sera	37,2	sera	37,2
9. — 24 »	matt.	37,4	matt.	34

Note. — 1. Qualche morso uterino, cateterismo, nel resto bene.
2. Ancora morsi, laudano.
3. Bene in tutto.
4. Apparato genitale in istato affatto fisiologico
5. *Leggera tensione mammaria.*
6. Mammelle poco tese, poco dolenti.
7. Mammelle ancora tese.
8. Mammelle floscie.

Osservazione X.

N. 15. — IIIgravida, d'anni 32, contadina. Entrata il 10 gennaio 1885. Parto a termine il 16 febbraio ore 4.50 ant. Primo periodo ore 6.35, secondo ore 0.15. Femmina sana (V. S. A.). Grammi 3250, lunga cent. 50.

Andamento delle temperature.

		Ascella destra		Mammella destra	
1. — 16	febbraio	matt.	37,6	matt.	36,8
		sera	37,4	sera	37,4
2. — 17	»	matt.	37,2	matt.	35,8
		sera	37,2	sera	35,4
3. — 18	»	matt.	36,9	matt.	34,8
		sera	37,4	sera	37,2
4. — 19	»	matt.	37,5	matt.	36,8
		sera	37,2	sera	36,7
5. — 20	»	matt.	37	matt.	35,8
		sera	37,2	sera	36,5
6. — 21	»	matt.	37	matt.	34,6
		sera	37,3	sera	36,5
7. — 22	»	matt.	37	matt.	35,2
		sera	37,2	sera	35,6
8. — 23	»	matt.	37	matt.	34,6
		sera	37,4	sera	35,1

Note. — 1. Tolti alcuni morsi uterini, null'altro.
2. Bene in tutto.
3. Niente di notabile.
4. *Mammelle rosse, dure, molto dolenti;* sera, *ancor più tese, rosse e dolenti.*
5. *Meno dolenti, ma molto rosse; un po' meno tese.*
6. Fenomeni mammari in diminuzione.
7. Mammelle ancora dure ma assai meno dolenti.
8. Mammelle affatto indolenti.

Esce sana il 1.° marzo.

Osservazione XI.

N. 19. — Primigravida, d'anni 24, contadina. Accolta il 10 dicembre 1884 Parto a termine il 1.° marzo ore 9.5 pom. Primo periodo ore 4.15, secondo ore 0.50. Maschio sano, grammi 3320 (V. S. A.), lungo cent. 47.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 2	marzo	matt.	37,5	matt.	34
		sera	36,8	sera	34
2. — 3	»	matt.	37,2	matt.	33.4
		sera	37,4	sera	34,3
3. — 4	»	matt.	37	matt.	34,5
		sera	37,4	sera	35,8
4. — 5	»	matt.	36,9	matt.	35,4
		sera	37,9	sera	34,8
5. — 6	»	matt.	37,2	matt.	33,8
		sera	37,4	sera	34
6. — 7	»	matt.	36,8	matt.	33,6
		sera	37,2	sera	34
7. — 8	»	matt.	36,7	matt.	34,4
		sera	37,6	sera	34,2

Note. — 1. Nulla di notabilmente importante.
2. Utero duro, mobile, indolente, lochi normali.
3. Mammelle un po' tese e dolenti.
4. Aumento nella tensione e dolore mammario.
5. Mammelle floscie, indolenti; portata lattea assai scarsa.
6. Mammelle floscie; portata lattea quasi scomparsa.
7. 8. Assai bene, nulla alle mammelle.

Esce sana il 14 marzo.

Osservazione XII.

N. 20. — IIIgravida, d'anni 36, servente. Accolta il 28 gennaio 1885. Parto a termine il 9 marzo 1885 ore 12 $^1/_4$ ant. Maschio sano. Grammi 2970, lungo cent. 49. Primo periodo ore 3.50, secondo ore 0.25 (V. S. A.).

Andamento delle temperature.

		Ascella destra		Mammella destra	
1. — 10	marzo	matt.	37,5	matt.	35,9
		sera	37,7	sera	36,6
2. — 11	»	matt.	37,2	matt.	35
		sera	37,6	sera	36,3
3. — 12	»	matt.	37,6	matt.	37,1
		sera	37,3	sera	36,3
4. — 13	»	matt.	37,1	matt.	36,1
		sera	37,7	sera	35,8
5. — 14	»	matt.	36,8	matt.	33,7
		sera	37,7	sera	35,8
6. — 15	»	matt.	37,5	matt.	34,8
		sera	37,2	sera	33,9
7. — 16	»	matt.	37,1	matt.	34,6
		sera	37,3	sera	36,1

Note. — 1. Qualche morso uterino.
2. Mammelle lievemente dolenti, nulla nel resto.
3. Mammelle tese, dolenti; a sera la tensione è in ancora aumento.
4. Mammelle dure, rosse ma meno dolenti di ieri; portata lattea abbondante.
5. Diminuzione nella tensione e nel dolore.
6. Ancora dure, ma indolenti; portata lattea in diminuzione.
7. Mammelle floscie; bene in tutto il resto.
8. Portata lattea quasi scomparsa.

Esce sana il 21 marzo.

Osservazione XIII.

N. 21. — Primigravida, d'anni 23, filatrice. Accolta il 5 marzo 1885. Parto a termine il 9 marzo ore 3 ant. Primo periodo ore 4.30, secondo ore 1.30. Vertice S. A. Femmina viva. Grammi 2950, lungo 0.50.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 9	marzo	matt.	37,7	matt.	35,2
		sera	37	sera	36
2. — 10	»	matt.	37,2	matt.	34,5
		sera	36,8	sera	36,8
3. — 11	»	matt.	36,6	matt.	34,3
		sera	37,3	sera	35,4
4. — 12	»	matt.	37	matt.	35,1
		sera	37	sera	36
5. — 13	»	matt.	36,9	matt.	36,3
		sera	36,9	sera	35,9
6. — 14	»	matt.	36,7	matt.	35
		sera	37	sera	36,6
7. — 15	»	matt.	37	matt.	34,2
		sera	36,9	sera	35
8. — 16	»	matt.	36,1	matt.	34,2
		sera	36,4	sera	35

Note. — 1. Bene in tutto.

2. Utero indolente, lochi normali.

3. Mammelle (a sera) lievemente tese, dolenti.

4. Aumento nel volume delle mammelle, dolenti, un po' rosse.

5. Mammelle rosse dure, portata lattea abbondante; a sera meno dure e dolenti.

6. Fenomeni mammarii in diminuzione.

7. Mammelle floscie; portata in grande diminuzione.

Esce sana il 27 marzo 1885.

Osservazione XIV.

N. 22. — Primigravida, d'anni 24, domestica. Accolta il 9 febbraio 1885. Parto a termine il 9 marzo ore 7 $^1/_2$ ant. Maschio vivo. Grammi 2900, lungo cent. 48 (V. OIDP rid). Primo periodo ore 11, secondo 2.30.

Andamento delle temperature.

		Ascella destra		Mammella destra	
1. — 9	marzo	matt.	37,1	matt.	32,8
		sera	37,5	sera	36,1
2. — 10	»	matt.	37	matt.	33,6
		sera	37,6	sera	34,8
3. — 11	»	matt.	37	matt.	35,3
		sera	37,9	sera	36,8
4. — 12	»	matt.	37,8	matt,	34,2
		sera	37,7	sera	36
5. — 13	»	matt.	37,4	matt.	35,6
		sera	37,7	sera	36
6. — 14	»	matt.	36,8	matt.	34
		sera	37,7	sera	35,1
7. — 15	»	matt.	37	matt.	33,7
		sera	37,5	sera	35,5
8. — 16	»	matt.	37,5	matt.	33,8
		sera	37,6	sera	36,5

Note. — 1. Qualche coagulo ne' lochi, cateterismo.
2. Urina da sè, utero indolente, lochi normali.
3. Come ieri.
4. Mammelle un po' dolenti nel segmento esterno un po' rosse.
5. Mammelle un po' rosse, non dolenti, non tese.
6. Portata lattea in diminuzione.
7. 8. Mammelle floscie, nel resto bene.

Esce sana il 26 marzo 1885.

Osservazione XV.

N. 24. — Primigravida, d'anni 18, filatrice. Accolta il 19 gennaio 1885. Parto naturale a termine il 10 marzo ore 8.50 pom. Maschio vivo. V. DP. rid. Grammi 3210, lungo cent. 51. Primo periodo ore 12.45, secondo 1.5.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 11	marzo	matt.	38	matt.	37,1
		sera	38	sera	37,2
2. — 12	»	matt.	37,4	matt.	35,3
		sera	37,6	sera	35
3. — 13	»	matt.	37,4	matt.	34
		sera	37,8	sera	35,1
4. — 14	»	matt.	36,8	matt.	34
		sera	37,6	sera	34,2
5. — 15	»	matt.	37,1	matt.	33,9
		sera	37,4	sera	33,6
6. — 16	»	matt.	37,3	matt.	33,3
		sera	37,5	sera	34,2
7. — 17	»	matt.	37,5	matt.	33,2
		sera	37,3	sera	34,8

Note. — 1. Nulla di notabile.
2. Utero indolente, lochi normali.
3. Mammelle un po' dolenti, esce latte in copia, marcata rete venosa.
4. Mammelle meno dure di ieri, esce ancora siero abbondante.
5. Mammelle indolenti, portata lattea in continua diminuzione.
6. Meno dure ancora le mammelle.
7. Mammelle affatto floscie.

Esce sana il 20 marzo 1885.

Osservazione XVI.

N. 28. — Primigravida, d'anni 28, attendente alla casa. Accolta il 21 febbraio 1885. Parto a termine il 25 marzo 1885 ore 10 3/4 ant. Primo periodo ore 8, secondo 0.45. Feto femmina macerata grammi 3320, lungo cent. 50. Emorragia dopo il secondamento di grammi 500 circa.

Andamento delle temperature.

		Ascella destra			Mammella destra	
1. — 25	marzo	sera	36.6		sera	34,3
2. — 26	»	matt.	37,7		matt.	35,9
		sera	37,4		sera	36,2
3. — 27	»	matt.	37,5		matt.	32,8
		sera	37,5		sera	36,2
4. — 28	»	matt.	37,6		matt.	33,3
		sera	37,6		sera	35,9
5. — 29	»	matt.	37,4		matt.	33,1
		sera	37,6		sera	36,6
6. — 30	»	matt.	37,6		matt.	35,9
		sera	37,4		sera	36,2
7. — 31	»	matt.	37,2		matt.	32,8
		sera	37,4		sera	33
8. — 1	aprile	matt.	37		matt.	32,8
		sera	37,2		sera	33,9

Note. — 1. Nulla di speciale.
2. Bene in tutto.
3. Nulla alle mammelle, utero indolente.
4. Mammelle indolenti affatto.
5. Bene in tutto, nessun fenomeno alle mammelle.
6. Mammelle floscie, scarsa portata lattea.
7. 8. Nulla di speciale.

Esce sana il 4 aprile.

CATEGORIA SECONDA.

Puerpere che non allattarono ed ebbero puerperio patologico.

Osservazione XVII.

N. 5. — Primigravida, d'anni 20, operaia. Parto il 17 gennaio ore 9.40 pom Primo periodo ore 27, secondo 0.30. Femmina viva, grammi 3230, lunga cent. 51.

Andamento delle temperature.

		Aseella destra		Mammella destra	
1. — 18 gennaio		matt.	37,4	matt.	35,4
		sera	37,1	sera	36,4
2. — 19	»	matt.	37,1	matt.	35,1
		sera	37,2	sera	35
3. — 20	»	matt.	36,7	matt.	33,5
		sera	37,2	sera	36
4. — 21	»	matt.	37,4	matt.	36,8
		sera	38,5	sera	37,3
5. — 22	»	matt.	37,2	matt.	35,6
		sera	38,7	sera	37,5
6. — 23	»	matt.	38,2	matt.	36,7
		sera	38,5	sera	36,9
7. — 24	»	matt.	38,1	matt.	34,5
		sera	39,9	sera	38,3
8. — 25	»	matt.	40.6	matt.	37,4

Puerperio morboso per flebite infettiva; guarigione (1).

---

(1) Si veda in *extenso* la osservazione: *Contributo allo studio del puerperio morboso (Annali di Ostet., Gin. e Ped.*, marzo-aprile 1885).

Osservazione XVIII.

N. 6. — IIIgravida. Parto il 22 gennaio 9 $^3/_4$ ant. Femmina viva del peso di grammi 3330. Primo periodo ore 4, secondo ore 0.45.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 23 gennaio	sera	37,6		sera	36,3
2. — 24 »	matt.	36,6		matt.	33,8
	sera	37,7		sera	36,9
3. — 25 »	matt.	39,5		matt.	37,6
	sera	40,1		sera	38,9
4. — 26 »	matt.	38,9		matt.	37,3
	sera	40,4		sera	39,6

Puerperio morboso per pneumonite acuta (1).

CATEGORIA TERZA.

Puerpere che allattarono ed ebbero puerperio normale.

Osservazione XIX.

VIIIgravida, d'anni 40, contadina. Accolta il 20 febbraio. Parto a termine il 21 febbraio 4.30 pom. Primo periodo ore 3.55, secondo ore 0.35. Femmina viva del peso di grammi 3000, lunghezza cent. 48.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 22 febbraio	matt.	36,3		matt.	34
	sera	36,2		sera	33,8
2. — 23 »	matt.	37,2		matt.	36,2
	sera	37,3		sera	37,1

(1) Si veda: *Contributo allo studio del puerperio morboso.* (Osserv. II.ª). — *Annali di Ostet., Gin. e Ped.,* marzo-aprile 1885).

	Ascella dsstra		Mammella destra	
3. — 24 febbraio	matt.	37,1	matt.	36,9
	sera	37,1	sera	36,5
4. — 25 »	matt.	36,8	matt.	36
	sera	36,8	sera	36
5. — 26 »	matt.	36,4	matt.	36
	sera	36,5	sera	36,8
6. — 27 »	matt.	36,3	matt.	32,7
	sera	36,8	sera	36,3

Note. — 1. Bene in tutto.

2. Furono smarrite le note relativamente ai fenomeni mammari. — La portata lattea fu però abbondante.

Esce sana con la bambina il 28 febbraio 1855.

Osservazione XX.

N. 18. — VIIgravida, d'anni 35, contadina. Accolta il 13 febbraio. Parto il 23 febbraio ore 10.45 pom. Femmina viva. Grammi 2850, lunga cent. 50. V. OIDP rid. Primo periodo ore 7,45, secondo ore 1.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra		Mammella destra	
1. — 24 febbraio	matt.	38	matt.	37,4
	sera	37	sera	35,3
2. — 25 »	matt.	36,8	matt.	36,2
	sera	37	sera	36,8
3. — 26 »	matt.	36,8	matt.	35,8
	sera	37,4	sera	35,8
4. — 27 »	matt.	37	matt.	35
	sera	37,4	sera	35,4
5. — 28 »	matt.	36,8	matt.	34
	sera	37,4	sera	35,8
6. — 1 marzo	matt.	37	matt.	35,9
	sera	37,4	sera	35,4
7. — 2 »	matt.	37,2	matt.	35

Note. — 1. Morsi uterini, laudano.

2. Segni di catarro bronchiale lieve e di catarro enterico. Cura laudano e polvere Dower.

Mancano le note relative alle mammelle.

Esce il 4 marzo.

Osservazione XXI.

N. 29. — Primigravida, d'anni 32, servente. Parto prematuro il 27 marzo. Primo periodo ore 16, secondo ore 2.40. Femmina sana pesante grammi 2470, lunga cent. 46. Episiotomia.

Andamento delle temperature.

			Ascella destra		Mammella destra
1. — 28	marzo	sera	37,4	sera	36,7
2. — 29	»	matt.	37,4	matt.	36,2
		sera	37,1	sera	35,8
3. — 30	»	matt.	37,2	matt.	36
		sera	37,2	sera	36
4. — 31	»	matt.	37,4	matt.	35,6
		sera	37,3	sera	35,8
5. — 1	aprile	matt.	37,3	matt.	35
		sera	37,6	sera	36,2
6. — 2	»	matt.	37,4	matt.	36
		sera	37,5	sera	36,1
7. — 3	»	matt.	37,3	matt.	35,4

Note. — 1. Bene in tutto.

2. Utero indolente, lochi normali.

3. Bene in tutto, avviata la montata lattea.

4. Continua l'allattamento, la montata è però modica.

7. Abbandona il letto.

Esce il 4 aprile.

CATEGORIA QUARTA.

Puerpere che allattarono ed ebbero puerperio patologico.

Osservazione XXII.

N. 26. — IIIgravida. Accolta il 9 febbraio. Parto a termine il 24 marzo ore 6.20 pom. Femmina viva pesante grammi 3130, lunga cent. 50. Primo periodo ore 8,10, secondo 0.10.

Andamento delle temperature.

		Ascella destra			Mammella destra	
1. — 25	marzo	matt.	37,8		matt.	37,1
		sera	37,7		sera	37
2. — 26	»	matt.	37,7		matt.	36,4
		sera	38,3		sera	37,2
3. — 27	»	matt.	37,7		matt.	36,4
		sera	38,5		sera	38
4. — 28	»	matt.	37,5		matt.	35.8
		sera	38		sera	36,8
5. — 29	»	matt.	37,7		matt.	36
		sera	37,9		sera	36,8
6. — 30	»	matt.	37,5		matt.	36,1
		sera	38		sera	37,2
7. — 31	»	matt.	40		matt.	37,9
		sera	39,2		sera	36,4
8. — 1	aprile	matt.	37,5		matt.	36,3
		sera	37,4		sera	36,2

Note. — La donna ha marcato tumore di milza; le deviazioni termiche sono precedute da brivido; nessuna anomalia nel decorso del puerperio, nè alcuna lesione viscerale. Il solfato di chinina tronca gli accessi.

Esce il 2 aprile.

Osservazione XXIII.

N. 27. — IIgravida, d'anni 23, attendente alla casa. Accolta il 24 marzo. Parto il 24 marzo 1885 ore 11 1/4 pom. Primo periodo ore 8.55, secondo 0.20. Maschio a termine pesante grammi 3270, lungo cent. 53.

Andamento delle temperature.

	Ascella destra			Mammella destra	
1. — 25	marzo	matt.	37,1	matt.	35,5
		sera	37,8	sera	37,8
2. — 26	»	matt.	37,1	matt.	36,7
		sera	37,5	sera	37,2
3. — 27	»	matt.	36,2	matt.	36,2
		sera	37,7	sera	37,3
4. — 28	»	matt.	38,5	matt.	38,1
		sera	38,4	sera	37,6
5. — 29	»	matt.	37,4	matt.	36,2
		sera	37,5	sera	36,1
6. — 30	»	matt.	37,5	matt.	36,7
		sera	37,7	sera	37,2

Note. — 1. Utero un po' dolente, lochi abbondanti.
2. Qualche morso, nel resto bene.
3. Bene in tutto.
4. Mammelle dure un po' dolenti, nella notte *senso di freddo*, nel resto normale.
5. Mammelle dure, rete venosa molto sviluppata, nel resto bene.
6. — Bene, secrezione lattea abbondante.

Esce sana il 31 marzo 1885.

Esposte così tutte le osservazioni, passiamo ora allo spoglio delle stesse; per maggior facilità manteniamo la divisione già fatta in quattro categorie.

Categoria prima. — Comprende questa sedici osservazioni: debbo qui una spiegazione la quale giustifichi il perchè il maggior numero delle osservazioni sia stato fatto sopra puerpere che non allattarono: è questo fatto, conseguenza dell'altro, che nella clinica novarese il massimo numero dei parti è costituito da donne illegittimamente gravide e queste indistintamente sono esonerate per antica abitudine dall'obbligo, anche per breve tempo, dell'allattamento.

In queste sedici osservazioni troviamo:

Casi in cui non si verificò aumento (Oss. 3ª) . .	1
Casi in cui l'aumento fu poco marcato (Oss. 1, 4, 5, 2, 11, 12, 15, 16)	8
Casi in cui l'aumento fu considerevole (Oss. 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14)	7
Totale Oss.	16

Categoria seconda e quarta. — Associo qui le due categorie seconda e quarta perchè identico è lo scopo, quello cioè di dimostrare che tanto nel caso in cui le puerpere allattino, come in quello contrario la temperatura della mammella risente in modo assai chiaro le variazioni della temperatura generale.

Nella categoria *seconda* troviamo infatti la osservazione 17ª; in quella puerpera si ebbero temperature ascellari assai elevate per processo infettivo puerperale: ne conseguitarono elevazioni marcate pure nella temperatura delle mammelle; ad esempio alla sera del 7° dì ad una temp. ascellare di 39,9 corrisponde quella mammaria di 38,3. Più spiccato ancora tale rapporto appare nella successiva osservazione 18ª; in questa (puerperio morboso per pneumonite acuta) troviamo alla sera del 3° con temperatura ascellare di 40,1 una temp. mammaria di 38,9; alla sera del 4° dì una temp. ascellare di 40,4, una temp. mammaria di 39,6.

Così nella categoria *quarta* sebbene in modo meno evidente, la temperatura mammaria appare pure influenzata da quella generale. Nella osservazione 22ª (puerperio morboso per febbre da infezione palustre cronica) alla sera del 3° dì con temp. ascellare di 38,5 si trova temp. mammaria di 38; alla sera del 6° con temp. ascellare di 38, quella mammaria di 37,2 in modo consimile nel mattino del 7° dì troviamo rispettivamente le temp. 40° e 37,9.

Nella osservazione 23ª con la temperatura di 38,5 al mattino del 4° dì la temp. mammaria tocca 38,1; con quella di 38,4 si mantiene ancora a 37,6.

Le tre osservazioni della categoria *terza* avrebbero lo scopo di dimostrare l'andamento differente della temperatura mammaria nel caso in cui le puerpere

allattino. Due di queste osservazioni *mostrano un aumento considerevole*, una invece un aumento *poco marcato;* mi astengo però dal trarre conclusioni qualsiasi atteso il troppo ristretto numero di osservazioni.

Lasciando quindi da parte le osservazioni appartenenti alle categorie 2ª 17ª e 18ª) e 4ª (22ª e 23ª) troviamo che sopra osservazioni 19 della categoria 1ª e 3ª si riscontrò:

Aumento considerevole	9
Aumento poco marcato	9
Non si constatò aumento	1
Totale N.	19

Donde una prima conclusione generale: *la temperatura mammaria durante il puerperio è più elevata che non quella fuori dello stato di maternità o nello stato di gravidanza.*

Ma questa conclusione è quella di minore importanza, poichè come già dissimo sopra la scorta dei fatti fisiologici si potea *a priori* ammettere, che per lo stabilirsi della nuova funzione si dovesse avere un aumento locale nella temperatura.

Ricerchiamo ora in quale misura si sia notato tale aumento, ed in quale relazione si sia trovato con la temperatura ascellare.

Scorrendo tutte le 19 osservazioni troviamo che furono fatte complessivamente all'ascella

osservazioni termometriche N. 274

tra queste, quattro sole volte la temperatura toccò il 38°, una sola volta lo sorpassò arrivando a 38,2, ben 269 volte la temp. fu inferiore a 38° e bene spesso anche a 37°; tali osservazioni comprendono indifferentemente donne primipare o multipare, donne che allattarono o meno, puerpere che ebbero parto spontaneo od artificiale, maturo o prematuro.

Se consideriamo la temperatura mammaria in tutti questi casi presi in esame, troviamo un primo fatto che cioè in *nessun caso la temperatura mammaria sorpassò quella ascellare*, e solo *raramente la temperatura ascellare fu raggiunta da quella mammaria.*

Infatti fra le 274 osservazioni termometriche troviamo questi pochi casi: Oss. 9.ª, ottava giornata sera, temp. ascellare 37,2, temp. mammaria 37,2. — Oss. 10°, prima giornata sera, temp. ascellare 37,4, temp. mammaria 37,4. — Oss. 13ª, seconda giornata sera, temp. ascellare 36,8, temp. mammaria 36,8. —

Tolte queste tre osservazioni in tutte le altre (271) la temp. mammaria fu inferiore o di pochi decimi di grado, o di parecchi gradi, a quella ascellare; e possiamo perciò dire che la *temperatura mammaria anche aumentando nel puerperio, si mantiene però quasi sempre inferiore a quella ascellare,* solo di raro *la eguaglia.*

Finalmente dobbiamo studiare l'aumento della temperatura mammaria per sè stessa ed in relazione alla montata lattea.

Abbiamo già visto che da alcune ricerche stabilite su donne gravide nel corso dell'8° e 9° mese potevamo ammettere come temperatura media della mammella nella donna gravida quella di 34° centigradi ammettendo quella ascellare di 37,1.

Se compulsiamo le 19 osservazioni della serie 1ª e 3ª troviamo che sopra un totale di 273 osservazioni la temperatura mammaria fu trovata:

47 volte inferiore a 34°
69 volte oscillante da 34° a 35°
87 volte oscillante da 35° a 36°
60 volte oscillante da 36° a 37°
10 volte oscillante da 37° a temperature maggiori.

da cui si deduce che nel massimo numero dei casi *le oscillazioni termiche nella mammella stanno fra* 35 *e* 37 *gradi*, cioè che l'aumento che si verifica è in circa il 35 per cento dei casi tra 1 e 2 gradi, nel 20 per cento da 2 a 3 gradi, nel 13 per cento di oltre 3 gradi.

Trascorrendo poi le osservazioni cliniche troviamo un certo rapporto fra elevazione termica mammaria e portata lattea: in generale possiamo dire *che quanto maggiore è la portata lattea, tanto più alta è la temperatura:* in questo rapporto le osservazioni ci mostrano pure che più che al *valore delle singole elevazioni per sè, è mestieri badare alle elevazioni considerate l' una in rapporto all' altra:* in altre parole una curva termica *che si mantenga costantemente alta, anche se non raggiunga il massimo della temperatura mammaria, depone per una montata lattea generosa.*

Non possiamo dedurre cosa alcuna rispetto all'influenza dell'allattamento sulla temperatura. Però in due delle tre osservazioni della categoria 3ª troviamo una linea termica relativamente più alta e più costante di quella che si trovò in donne che non allattarono.

Il lettore può da ciò arguire che le nostre ricerche ci portano ad unirci allo Chatelet, le conclusioni del quale noi possiamo quasi alla lettera accettare (1).

---

(1) Debbo una parola di ringraziamento alla signorina Virginia Dal Monte, levatrice maestra alla Scuola, per la premurosa ed intelligente cooperazione nelle osservazioni termometriche.

LA LUNGHEZZA DEL PIEDE

IN RELAZIONE ALLO SVILUPPO FETALE

Ricerche Cliniche.

Il Dott. Alfred Gönner nella *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gyn.*, nel Vol. IX, Parte II, anno 1883, pubblicava un lavoro dal titolo: *Fussmessungen bei neugeborenen Kindern.* L'A. imprese ricerche sopra 100 neonati cercando se esistesse un rapporto fra lunghezza massima del piede e sviluppo fetale. Il Gönner pervenne ai seguenti risultati che qui trascrivo:

La lunghezza	media	del	piede	nei feti	maschi	pesanti	gr.	2000 a 2500	è mill.	73
»	»	»	»	femm.	»	»	»	»	»	72
»	»	»	»	maschi	»	»	2500 a 3000		»	76
»	»	»	»	femm.	»	»	»	»	»	76
»	»	»	»	maschi	»	»	3000 a 3500		»	80
»	»	»	»	femm.	»	»	»	»	»	79
»	»	»	»	maschi	»	»	3500 a 4000		»	82
»	»	»	»	femm.	»	»	»	»	»	80

Dai quali risultati trae la conclusione, che una lunghezza nel piede di 8 ctm. indica che il feto pesa 3 chil. e più, e che allorquando la lunghezza del piede oltrepassa 8 ctm. è verosimile che il feto superi la media e quindi fa sospettare una estrazione manuale difficile.

In quest'ultime parole è racchiuso anche lo scopo di tale ricerca: si propone cioè di avere un nuovo dato, di un certo valore, con il quale poter giudicare dello sviluppo del feto ancor trattenuto nel cavo uterino; vero è che per poter fare tale deduzione è necessario aver sottomano un piede del feto: è necessario in altre parole che il feto si presenti con l'ovoide podalico, e che uno dei piedi sia abbassato sino alla vulva. Data tale condizione appare anche come l'applicazione pratica di tale ricerca debba essere alquanto limitata: ad ogni modo può essere talvolta una conoscenza utile. Pure disponendo di ben limitato materiale clinico, vedendo che altri tra noi non ha preso in considerazione

tale fatto pensai di praticare qualche ricerca in proposito: io metto qui i risultati delle mie osservazioni; dichiaro però che tale ricerca, specie per il limitato numero dei fatti, non è destinato ad alterare le conclusioni del Gönner, ma solo a vedere se per caso la differenza di razza non abbia, come in tante altre questioni, un certo valore.

PROSPETTO DELLE OSSERVAZIONI

(Clinica di Novara 1883-84 1884-85).

N. della osservazione	Primipara?	Lunghezza del piede	Peso	Biparietale	Sesso
1 (54 del 1884)	IIpara	mill. 72	3150	—	F
2 (56 »)	IXpara	» 79	3500	92	F
3 (57 »)	VIIIpara	» 73	3000	88	M
4 (55 »)	IVpara	» 80	3580	94	M
5 (58 »)	Ipara	» 75	3210	85	F
6 (21 del 1885)	Ipara	» 77	2870	92	M
7 (23 »)	Ipara	» 77	3370	92	M
8 (24 »)	IIpara	» 88	4130	100	M
9 (27 »)	IVpara	» 72	2710	90	M
10 (28 »)	IIpara	» 75	3040	90	M
11 (25 »)	Ipara	» 79	3230	90	F
12 (26 »)	IIIpara	» 76	3330	96	F
13 (29 »)	IIpara	» 65	2900	90	F
14 (30 »)	IVpara	» 74	2710	92	M
15 (32 »)	Ipara	» 77	3140	94	M
16 (33 »)	Ipara	» 79	3200	86	M
17 (35 »)	IIIpara	» 75	3250	88	F
18 (37 »)	VIIIpara	» 76	3000	90	F
19 (36 »)	Ipara	» 75	2710	85	F
20 (38 »)	VIIpara	» 72	2850	92	F
21 (39 »)	Ipara	» 77	3320	88	M
22 (40 »)	IIIpara	» 75	2970	90	M
23 (41 »)	Ipara	» 74	2950	86	F
24 (42 »)	Ipara	» 76	2900	86	M
25 (43 »)	Vpara	» 76	3450	92	F
26 (44 »)	Ipara	» 77	3210	92	M
27 (46 »)	IIIpara	» 77	3130	92	F
28 (47 »)	IIpara	» 76	3270	93	M
29 (48 »)	Ipara	» 78	3320	82	F

N. della osservazione	Primipara?	Lunghezza del piede	Peso	Biparietale	Sesso
30 (49 »)	Ipara	mill. 64	2470	90	F
31 (45 »)	IIpara	» 75	3200	90	F
32 (50 »)	IIpara	» 75	3040	85	F
33 (51 »)	Vpara	» 75	3050	85	M
34 (52 »)	Ipara	» 75	3380	84	F
35 (54 »)	IIpara	» 78	3380	90	M

Raccogliendo ora le 35 osservazioni in varie classi a seconda del peso dei feti troviamo, senza distinzione di sesso:

Feti pesanti da	2000 a 2500 gr.	N. 1	lunghezza del piede			mill.	64
»	2500 a 3000	» 11	»	media	»	»	73
»	3000 a 3500	» 21	»	»	»	»	76
»	oltre 3500	» 2	»	»	»	»	84

E dividendo i vari fattori a seconda del sesso:

da 2000 a 2500	femm.	64
da 2500 a 3000	maschi	74. 5
» »	femm.	72
a 3000 a 3500	maschi	76
» »	femm.	76
oltre 3500	maschi	84

Da queste poche osservazioni noi non vogliamo trarre altra conclusione che questa: *esservi un costante rapporto fra lunghezza del piede e sviluppo fetale ed in generale essere tale rapporto diretto, e cioè con il crescere della lunghezza del piede, aumentare il grado di sviluppo fetale.* Inoltre anche le nostre ricerche *confermare quanto il Gönner aveva già stabilito, e cioè che un piede lungo oltre* 80 *mill. depone in favore di un feto molto sviluppato* (pesante oltre 3500).

Le presenti ricerche furono fatte usando di un vecchio pelvimetro di Coutouly. Con un po' di esercizio si riesce assai facilmente a stabilire la esatta lunghezza del piede. Ulteriori ricerche credo che faranno o di ben poco modificare, od accettare senz'altro la conclusione sopra esposta.

ANCORA SULLA DIAGNOSI
DELLA MORTE DEL FETO CON IL PALPAMENTO ADDOMINALE

Nota clinica.

Nel quaderno di febbraio 1883 degli *Annali di Ostetricia, Ginecologia,* ecc. io pubblicava una brevissima nota dal titolo: *Può il palpamento addominale contribuire alla diagnosi della morte del feto?* ed in quella concludevo affermativamente, sotto la condizione però che la morte fosse avvenuta da tempo.

Da quell'epoca delle poche donne con feto morto nel corso della gravidanza capitate nella Clinica da me diretta, feci uno studio attentissimo, e sebbene in tutte in causa di speciali condizioni, non abbia potuto percepire quel caratteristico scroscio di cui si discorre nella citata nota, tuttavia potei persuadermi che quel segno sul quale richiamai l'attenzione, può essere in qualche circostanza prezioso, non tanto per stabilire la diagnosi di feto morto o vivente, quanto anche per affermare una dubbia diagnosi di gravidanza.

È noto infatti che per la morte del feto il corpo di questo va perdendo sempre più i suoi caratteristici contorni, e se la macerazione è molto progredita può darsi che il palpamento addominale, e con questo anche il riscontro sieno per nulla atti a farci certi della presenza di un feto: in tali circostanze mi sono trovato nel caso seguente, che sebbene per nulla peregrino, credo tuttavia valga la pena di qui narrare.

Grandine Maria, di anni 26 contadina, è accolta nella Clinica il 30 marzo 1885 e segnata col N. 53 del 1885. Fu mestruata a 13 anni per la prima volta e sempre regolarmente fino all'agosto 1884; data questa nella quale per l'ultima volta vide la consueta perdita sanguigna dal 6 al 10. — Passata a marito il 13 agosto, la donna crede alla possibilità di una gravidanza incominciata appunto in detto dì. Non sa precisare l'epoca nella quale avvertì per la prima volta i moti fetali: assevera che da 15 dì non sente più cosa alcuna muoversi nel ventre: non ebbe nel frattempo fenomeno alcuno al ventre, alle mammelle, o nello stato generale che richiamasse la sua attenzione. Il 1° aprile la esaminai, ed ecco quanto potei vedere: Il ventre era occupato da un tumore sviluppato come un utero gravido

a 7 mesi. Il tumore si manteneva quasi sulla linea mediana. Ascoltato attentamente non lasciava percepire che un lontano soffio uterino lungo le regioni laterali; nessun altro rumore nè suoni speciali.

Palpando questo corpo sviluppato nell'addome appare elastico ma uniformemente, e la mano non riesce a stabilire la presenza di parti fetali: anche la metodica palpazione dell'ingresso pelvico non riesce a determinare che una parte si presenti, nè quali caratteri abbia. Solo nella parte superiore di questo tumore verso sinistra, all'altezza pressochè della cicatrice ombelicale la palpazione riesce a stabilire la presenza come di una parte più voluminosa, ma senza presentare però i caratteri del capo fetale. La consueta palpazione adunque, pure ammettendo che il tumore fosse costituito dall'utero ingrandito (cosa questa che potea esser ammessa anche per il fatto di alternative di indurimento e rilascia, mento nel tumore stesso) non riusciva a decidere se o meno un feto vi fosse contenuto, e subordinatamente quale ne fosse l'atteggiamento. Se però palpando verso il polo superiore del tumore si davano dei piccoli colpi secchi con l'estremità delle dita tenute avvicinate e flesse ad angolo quasi retto sulla mano, non *riusciva difficile il percepire un crac*, come se margini ossei liberi l'un sull'altro si sfregassero, od in poche parole si aveva la percezione che ha il chirurgo quando produce il mutuo sfregamento di due monconi ossei in una frattura recente.

All'esame vaginale il collo è rammollato nella porzione vaginale, l'orificio esterno irregolare un po' aperto; lievemente intaccato a sinistra nel suo contorno. Il segmento inferiore ancor grosso, poco espanso, imbutiforme. Nessuna parte impegnata; raggiungibile appena e fortemente premendo dallo esterno, una parte non voluminosa, irregolare; non percepibile affatto il ballottamento interno.

Per essere completo dirò ancora: che alla cute dell'addome si avea discreta pigmentazione della linea alba, che la cicatrice ombelicale era piana; che le mammelle oltre alla pigmentazione del capezzolo presentarono una secrezione sierosa.

Se noi prendevamo in considerazione il racconto della donna ed il *complesso dei fenomeni* che l'esame trovava sul suo corpo, certo noi potevamo emettere la diagnosi di gravidanza; ma asserirla questa in modo assoluto non si avrebbe potuto: e ne feci esperimento facendo esaminare da collega nell'ostetricia esercitato la Maria, ponendo la domanda: è questa donna certamente gravida? E la risposta fu dubbia, *perchè nessun de' segni certi potea aversi: mancare eziandio alcuni dei molto probabili.* Ma non appena io ripetei e feci ripetere dal collega l'esame dell'estremo superiore del tumore e potei far percepire il notato *scroscio*, che subito fu chiara e *certa* e la diagnosi di gravidanza

e quella di *avanzata macerazione* fetale, nonchè quella di presentazione dell'*ovoide podalico.*

Che così fosse, lo potemmo vedere l'8 aprile, in questo dì alle 7 1/4 ant. dopo periodo dilatante di ore 9. 30, espulsivo di m. 15, veniva alla luce un maschio morto e macerato pesante gr. 1650 in presentazione di natiche S I S A. Il liquido amniotico al momento della rottura delle membrane colò abbondante e nerastro: gli annessi presentavano di notabile un bellissimo esemplare di inserzione velamentosa. Il feto era nello stato seguente: Depidermizzazione parziale agli arti ed al tronco: tendenza marcata di tutto il feto ad appiattirsi: cute ovunque di colore rosso rameico: cordone ombelicale imbevuto di siero rossastro, liscio, appena con traccie di volute: organi genitali maschili normali: scroto depidermizzato, orificio anale beante. Il capo è cambiato in una vera borsa, entro alla quale nuotano le dissociate ossa craniche; i bulbi oculari sono profondamente collocati nelle orbite: anche la mandibola è dissociata nella linea mediana. Aperto il cuoio capelluto si trova copioso versamento siero-sanguigno sporco: con facilità tutte le ossa della volta si estraggono perfettamente disgiunte da ogni parte membranosa. Aperta la dura madre si trova la sostanza cerebrale cambiata in una vera poltiglia rossastra scura che non ricorda neppur lontanamente l'aspetto cerebrale. Il cristallino è imbevuto per ematina. Nulla di notabile nel cavo pleurico tolto il cuore che presenta bifido l'apice. Nell'addome si riscontra: un liquido rossastro sporco, di un colore molto più chiaro che non quello raccolto nelle cavità pleuriche, pericardica e sotto il cuoio capelluto. Inoltre tanto il peritoneo viscerale che quello parietale è dunque opaco e torbido: qua e là si vede come una sottile membrana simile a tela di ragno passare da viscere a viscere; in complesso il peritoneo tutto presenta un aspetto giallo-verdastro in chiaro contrasto con quello delle altre sierose che presentano la tinta propria che ordinariamente si vede ne' feti macerati: il fegato è fragile, flaccido molto; non ha punti indurati: milza pure rammollita, imbevuta, torbida la sua capsula esterna. Ghiandole del mesenterio marcatamente ingrossate. Reni, stomaco, ecc., con i caratteri della macerazione avanzata. Manca il punto epifisario femorale. Nella vena ombelicale un grumo nerastro.

Il puerperio decorse assolutamente apiretico e la donna abbandonava la Clinica il 15 aprile 1885.

Numerosissime potrebbero essere le considerazioni sopra questa osservazione clinica: vari fatti richiamano anche contro voglia l'attenzione. Innanzi tutto qui abbiamo un bellissimo esemplare di *peritonite fetale*: la causa della morte noi dobbiamo senz'altro ascriverla a questo fatto ed il reperto cadaverico del fetino era troppo manifesto perchè non vi fosse fissata sopra la nostra mente; ma considerazioni in proposito non ne faremo, accontentandoci di rimandare il

lettore alla bella memoria di Simpson — *Sulla peritonite intrauterina del feto* (1).

Un secondo particolare non trascurabile si è certamente il fatto di aver riscontrato una *inserzione velamentosa* del cordone e contemporaneamente una raccolta abbondante di *liquido amniotico*, e per tale coincidenza a noi non resta che il ricordare i lavori del Truzzi su tale argomento (2).

Era nostro scopo il dimostrare ancora una volta che lo scroscio che si può percepire in corrispondenza del capo fetale mediante la palpazione, può essere un segno buono oltrechè per stabilire in modo assoluto la morte fetale, anche per *convincere della diagnosi di gravidanza in qualche caso un po' dubbio:* credo che il fatto sopra esposto possa chiaramente appoggiare tale dimostrazione.

---

(1) James Y. Simpson. *Clinique obstetricale et Ginécologique.* — Trad. Chantreuil, Paris 1874, pag. 87-109.

(2) Truzzi. *Idrocefalia, idramnios ed inserzione velamentosa del cordone (Ann. Univ. di Medicina,* 1883).— *Ascite fetale, idramnios ed inserzione velamentosa del funicolo ombelicale* (*Gazzetta Med. Lomb.,* 1883).

DI ALCUNI RAPPORTI

FRA

MESTRUAZIONE E SVILUPPO DEL FETO A TERMINE

Ricerche Cliniche.

Fra le diverse cause considerate quali fattori del maggiore o minore sviluppo del feto a termine si invocò da alcuni la mestruazione: il più recente lavoro che io mi conosca su tale argomento appartiene al Prof. Alessandro Cuzzi e comparve nella *Rivista Clinica* anno 1882; in esso viene studiata *la durata della emorragia menstrua in rapporto collo sviluppo del feto a termine e colla gravidanza multipla:* le conclusioni interessanti alle quali pervenne l'autore mi spinsero a ricerche che pure avendo attinenza con la mestruazione toccassero però altri punti e precisamente i due seguenti: *la precoce o la tardiva comparsa della mestruazione ha iufluenza sullo sviluppo del feto a termine? L'età sessuale della donna può influire sullo sviluppo del feto?*

A queste due domande cercai di rispondere con le presenti ricerche cliniche: tengo qui anzitutto a dichiarare: che il materiale clinico consultato appartiene per la massima parte alla Maternità di Milano (annate 1880-1881-1882 ottobre) e in piccola parte a quella di Novara (anni 1883-1884); in secondo luogo che per evitare errori non ammisi nei quadri che feti di peso non inferiore a quello di grm. 2700, seguendo in ciò l'esempio dato dal Cuzzi nelle ricerche analoghe; e che come criteri dello sviluppo fetale considerai i due principali e cioè il peso e la lunghezza.

Finalmente ricorderò che tali studi furono fatti sopra un complesso di circa 1200 parti verificatesi in quelle maternità nel periodo di tempo sopraindicato.

I.

Se la precoce o la tardiva comparsa della mestruazione abbia influenza sul peso e sulla lunghezza del feto a termine, nato da primipare.

Per quanto a me consta un solo autore si occupò di ricercare se la precoce o la tardiva comparsa della prima mestruazione potesse aver influenza sullo

sviluppo del feto: questo autore fu il Wernich che io trovo citato nell' articolo *Foetus* del Pinard (vedasi il *Dizionario Medico* del Dechambre), e di nuovo nel *Trattato di Ostetricia* ancora in corso di pubblicazione dei signori Tarnier et Chantreuil; per quanto abbia fatto non mi riuscì di consultare il lavoro originale di Wernich, per cui è giuocoforza che io mi riporti a quanto ne dicono questi ultimi autori.

Ecco quanto scrivono a pag. 398 del loro trattato:

« D'après Wernich, l'âge auquel la puberté survien aurait une influence sur l'accroissement des enfants pendant la grossesse. Ainsi une femme qui a été reglée de bonne heure aurait des enfants plus volumineux qu'une autre femme dont les règles seraient apparues tardivement pour la première fois. En d'autres termes les femmes à menstruation précoce aurayent des enfants plus volumineux que les femmes à menstruation tardive. C'est du moins ce qui paraît résulter du tableau suivant:

POIDS MOYEN	Garçons	Filles	Moyenne des deux sexes	Nombre de cas
Des premiers nés en general . . .	3236	3117,70	3174,64	642
Des premiers nés de mères réglées tard (apres 19 ans).	3166,84	3109,65	3138,24	69
» » » de bonne heure (avant 13 ans) . .	3375,75	3193,29	3284,52	63

Ciò premesso io riporto qui anzitutto *undici specchi* comprendenti N. 333 osservazioni di donne mestruate per la prima volta fra 9 e 20 anni e precisamente:

Prospetto	I	mestruate	a 9	anni	osservazioni	N.	1	
»	II	»	11	»	»	»	14	
»	III	»	12	»	»	»	39	
»	IV	»	13	»	»	»	46	
»	V	»	14	»	»	»	57	
»	VI	»	15	»	»	»	71	333
»	VII	»	16	»	»	»	44	
»	VIII	»	17	»	»	»	30	
»	IX	»	18	»	»	»	22	
»	X	»	19	»	»	»	8	
»	XI	»	20	»	»	»	1	

Accanto ad ogni osservazione sta segnato il *sesso*, il *peso in grammi*, la *lunghezza in millimetri:* come già si disse non si tenne conto che dei feti pesanti almeno grm. 2700 e nati unicamente da primipare.

I. — Prospetto dei nati da primipare mestruate ad anni 9.

Clinica di Milano — Oss. N. 1 — Sesso F — Peso gr. 2700 — lungh. mm. 470

II. — Prospetto dei nati da primipare mestruate ad anni 11.

Clinica di Milano	— Oss. N.	1	— Sesso	F	— Peso gr.	3050	— lungh. mm.	475
»	»	2	»	F	»	3300	»	510
»	»	3	»	M	»	3050	»	490
»	»	4	»	F	»	3120	»	520
»	»	5	»	M	»	3300	»	510
»	»	6	»	M	»	2850	»	490
»	»	7	»	F	»	2850	»	485
»	»	8	»	F	»	3060	»	495
»	»	9	»	M	»	3280	»	520
»	»	10	»	M	»	3470	»	510
»	»	11	»	M	»	3220	»	510
»	»	12	»	F	»	3190	»	495
»	»	13	»	F	»	3400	»	490
Clinica di Novara	»	14	»	F	»	3350	»	500
						44490		7000

III. — Prospetto dei nati da primipare mestruate a 12 anni.

Clinica di Milano	— Oss. N.	1	— Sesso	F	— Peso gr.	2870	— lungh. mm.	480
»	»	2	»	M	»	3570	»	510
»	»	3	»	F	»	2750	»	490
»	»	4	»	F	»	3000	»	495
»	»	5	»	F	»	2880	»	450
»	»	6	»	M	»	2950	»	500
»	»	7	»	M	»	3120	»	490
»	»	8	»	M	»	3200	»	500
»	»	9	»	M	»	3150	»	500
»	»	10	»	F	»	3350	»	490
»	»	11	»	M	»	2800	»	470
						33640		5375

				Riporto	Peso gr.	33640	lungh. mm.	5375
Clinica di Milano	— Oss. N.	12	— Sesso	M	»	2850	»	490
»	»	13	»	F	»	2700	»	470
»	»	14	»	M	»	3450	»	500
»	»	15	»	M	»	3150	»	490
»	»	16	»	M	»	3300	»	505
»	»	17	»	F	»	2850	»	480
»	»	18	»	F	»	3300	»	510
»	»	19	»	F	»	2750	»	480
«	»	20	»	M	»	3000	»	500
»	»	21	»	F	»	3000	»	490
»	»	22	»	F	»	2950	»	480
»	»	23	»	M	»	3200	»	480
»	»	24	»	M	»	3900	»	525
»	»	25	»	F	»	3350	»	495
»	»	26	»	F	»	2980	»	500
»	»	27	»	F	»	3300	»	510
»	»	28	»	F	»	3500	»	520
»	»	29	»	F	»	2900	»	470
»	»	30	»	F	»	3200	»	500
»	»	31	»	M	»	3450	»	505
»	»	32	»	M	»	2900	»	500
»	»	33	»	M	»	3110	»	510
»	»	34	»	M	»	2800	»	480
Clinica di Novara	»	35	»	F	»	3320	»	510
»	»	36	»	M	»	3930	»	540
»	»	37	»	M	»	2950	»	490
»	»	38	»	F	»	3020	»	490
»	»	39	»	F	»	3200	»	500
						121950		19295

IV. — Prospetto dei nati da primipare mestruate a 13 anni.

Clinica di Milano	— Oss. N.	1	— Sesso	M	— Peso gr.	3550	— lungh. mm.	515
»	»	2	»	F	»	2800	»	480
»	»	3	»	F	»	2900	»	500
»	»	4	»	F	»	3100	»	485
						18600		2955

				Riporto	Peso gr.	18600	lungh. mm.	2955
Clinica di Milano —	Oss.	N. 5 —	Sesso	M	»	3200	»	495
»	»	6	»	F	»	3050	»	480
»	»	7	»	M	»	3150	»	495
»	»	8	»	F	»	2800	»	490
»	»	9	»	F	»	3200	»	495
»	»	10	»	M	»	3040	»	485
»	»	11	»	M	»	3390	»	500
»	»	12	»	F	»	3000	»	490
»	»	13	»	F	»	2900	»	495
»	»	14	»	M	»	3250	»	485
»	»	15	»	F	»	3250	»	520
»	»	16	»	F	»	2850	»	500
»	»	17	»	F	»	2800	»	480
»	»	18	»	F	»	2950	»	490
»	»	19	»	M	»	2950	»	490
»	»	20	»	M	»	3400	»	490
»	»	21	»	M	»	3920	»	510
»	»	22	»	M	»	2800	»	450
»	»	23	»	M	»	3220	»	500
»	»	24	»	F	»	2950	»	505
»	»	25	»	F	»	3050	»	480
»	»	26	»	F	»	3600	»	515
»	»	27	»	M	»	2800	»	490
»	»	28	«	F	»	3420	»	505
»	»	29	»	F	»	3420	»	505
»	»	30	»	F	»	2850	»	480
»	»	31	»	M	»	3450	»	480
»	»	32	»	F	»	3350	»	490
»	»	33	»	F	»	3600	»	500
»	»	34	»	M	»	2980	»	490
»	»	35	»	M	»	3380	»	505
»	»	36	»	F	»	3220	»	500
»	»	37	»	F	»	2850	»	475
Clinica di Novara	»	38	»	M	»	3600	»	520
»	»	39	»	M	»	3100	»	530
»	»	40	»	M	»	3200	»	510
»	»	41	»	F	»	2950	»	510
»	»	42	»	M	»	3320	»	540
»	»	43	»	M	»	3470	»	500
»	»	44	»	M	»	3300	»	520
»	»	45	»	M	»	2900	»	500
»	»	46	»	F	»	3530	»	540
						145760		22910

V. — Prospetto dei feti nati da primipare mestruate ad anni 14.

Clinica di Milano	—	Oss. N.	1	— Sesso	M	— Peso gr.	3300	— lungh. mm.	510
»	»	2	»	M	»	3100	»	500
»	»	3	»	M	»	3150	»	500
»	»	4	»	M	»	3300	»	500
»	»	5	»	F	»	3100	»	500
»	»	6	»	F	»	3400	»	480
»	»	7	»	M	»	3050	»	490
»	»	8	»	F	»	2850	»	475
»	»	9	»	F	»	3000	»	500
»	»	10	»	F	»	2850	»	480
»	»	11	»	M	»	3600	»	520
»	»	12	»	F	»	3600	»	540
»	»	13	»	F	»	2900	»	490
»	»	14	»	F	»	2900	»	490
»	»	15	»	M	»	3470	»	510
»	»	16	»	F	»	2920	»	485
»	»	17	»	F	»	2790	»	490
»	»	18	»	F	»	3420	»	515
»	»	19	»	M	»	4130	»	540
»	»	20	»	M	»	2900	»	500
»	»	21	»	M	»	2870	»	480
»	»	22	»	M	»	2720	»	480
»	»	23	»	M	»	3150	»	520
»	»	24	»	M	»	3520	»	520
»	»	25	»	M	»	3600	»	530
»	»	26	»	F	»	3100	»	480
»	»	27	»	M	»	2750	»	465
»	»	28	»	F	»	3000	»	495
»	»	29	»	M	»	2850	»	505
»	»	30	»	M	»	4100	»	495
»	»	31	»	M	»	3400	»	515
»	»	32	»	M	»	3170	»	520
»	»	33	»	F	»	3670	»	525
»	»	34	»	M	»	3030	»	500
»	»	35	»	F	»	3070	»	480

Clinica di Milano	— Oss. N.	36	— Sesso	M	»	2700	»	495
»	»	37	»	M	»	3210	»	510
»	»	38	»	F	»	3100	»	495
»	»	39	»	F	»	3100	»	480
»	»	40	»	F	»	2750	»	490
»	»	41	»	M	»	3230	»	500
»	»	42	»	M	»	3550	»	525
»	»	43	»	F	»	3250	»	490
Clinica di Novara	»	44	»	M	»	3230	»	540
»	»	45	»	F	»	3120	»	490
»	»	46	»	F	»	2840	»	490
»	»	47	»	M	»	3030	»	490
»	»	48	»	F	»	2930	»	500
»	»	49	»	F	»	2710	»	490
»	»	50	»	M	»	3730	»	510
»	»	51	»	F	»	2930	»	510
»	»	52	»	F	»	3280	»	510
»	»	53	»	F	»	2930	»	470
»	»	54	»	M	»	3520	»	510
»	»	55	»	F	»	3120	»	520
»	»	56	»	M	»	3250	»	500
»	»	57	»	M	»	3300	»	510
						180540		28550

VI. — Prospetto dei nati da primipare mestruate a 15 anni.

Clinica di Milano	— Oss. N.	1	— Sesso	M	— Peso gr.	3100	— lungh. mm.	490
»	»	2	»	M	»	3400	»	500
»	»	3	»	F	»	3000	»	480
»	»	4	»	M	»	3100	»	480
»	»	5	»	M	»	3200	»	510
»	»	6	»	M	»	3000	»	485
»	»	7	»	F	»	3570	»	510
»	»	8	»	F	»	3050	»	480
»	»	9	»	F	»	3050	»	490
»	»	10	»	F	»	2700	»	480

Clinica di Milano	— Oss. N.	11	— Sesso	F	»	2900	»	480
»	»	12	»	M	»	3220	»	505
»	»	13	»	F	»	2800	»	495
»	»	14	»	M	»	2750	»	485
»	»	15	»	F	»	3150	»	495
»	»	16	»	M	»	3320	»	500
»	»	17	»	M	»	2950	»	510
»	»	18	»	F	»	2900	»	490
»	»	19	»	F	»	3150	»	490
»	»	20	»	F	»	3150	»	490
»	»	21	»	F	»	3450	»	500
»	»	22	»	M	»	3000	»	490
»	»	23	»	M	»	3750	»	510
»	»	24	»	F	»	3360	»	495
»	»	25	»	M	»	3150	»	490
»	»	26	»	M	»	3800	»	530
»	»	27	»	M	»	3000	»	500
»	»	28	»	F	»	3350	»	490
»	»	29	»	F	»	2900	»	480
»	»	30	»	F	»	3130	»	485
»	»	31	»	F	»	2920	»	500
»	»	32	»	M	»	2850	»	490
»	»	33	»	M	»	3070	»	490
»	»	34	»	M	»	3280	»	500
»	»	35	»	F	»	3280	»	505
»	»	36	»	M	»	3000	»	490
»	»	37	»	M	»	3250	»	495
»	»	38	»	F	»	3300	»	500
»	»	39	»	M	»	3200	»	515
»	»	40	»	F	»	3350	»	490
»	»	41	»	M	»	3380	»	500
»	»	42	»	M	»	3340	»	500
»	»	43	»	F	»	4100	»	530
«	»	44	»	F	»	2900	»	500

Clinica di Milano	— Oss. N.	45	— Sesso	M	»	3100	»	515
»	»	46	»	M	»	3320	»	500
»	»	47	»	F	»	3000	»	470
»	»	48	»	F	»	3650	»	510
»	»	49	»	M	»	3250	»	485
»	»	50	»	M	»	3350	»	520
Clinica di Novara	»	51	»	M	»	3000	»	540
»	»	52	»	F	»	2850	»	490
»	»	53	»	F	»	3500	»	510
»	»	54	»	M	»	2880	»	500
»	»	55	»	F	»	2740	»	500
»	»	56	»	M	»	3580	»	550
»	»	57	»	F	»	3450	»	510
»	»	58	»	M	»	3140	»	480
»	»	59	»	M	»	2880	»	500
»	»	60	»	M	»	2700	»	490
»	»	61	»	F	»	3020	»	490
»	»	62	»	F	»	3200	»	500
»	»	63	»	M	»	3400	»	520
»	»	64	»	M	»	3200	»	530
»	»	65	»	F	»	3090	»	480
»	»	66	»	M	»	2920	»	490
»	»	67	»	M	»	3740	»	500
»	»	68	»	F	»	2950	»	490
»	»	69	»	M	»	3270	»	500
»	»	70	»	M	»	3330	»	580
»	»	71	»	M	»	3240	»	510
						225330		35480

VII. — Prospetto dei feti da primipare mestruate a 16 anni.

Clinica di Milano	— Oss. N.	1	— Sesso	M	— Peso gr.	3000	— lungh. mm.	480
»	»	2	»	M	»	3270	»	500
»	»	3	»	M	»	2850	»	480
»	»	4	»	F	»	3280	»	495
»	»	5	»	F	»	3000	»	490
»	»	6	»	F	»	2920	»	480
»	»	7	»	M	»	3000	»	480

Clinica di Milano	— Oss. N.	8	— Sesso	M	»	3250	»	500
»	»	9	»	F	»	3050	»	530
»	»	10	»	M	»	3200	»	500
»	»	11	»	M	»	3240	»	500
»	»	12	»	M	»	3070	»	465
»	»	13	»	F	»	3020	»	470
»	»	14	»	F	»	4050	»	535
»	»	15	»	M	»	2970	»	475
»	»	16	»	M	»	3350	»	515
»	»	17	»	F	»	2760	»	485
»	»	18	»	M	»	2900	»	500
»	»	19	»	M	»	2870	»	485
»	»	20	»	M	»	3010	»	490
»	»	21	»	F	»	2930	»	515
»	»	22	»	M	»	3500	»	500
»	»	23	»	M	»	3100	»	490
»	»	24	»	F	»	2750	»	480
»	»	25	»	F	»	3700	»	530
»	»	26	»	M	»	3710	»	510
»	»	27	»	M	»	3100	»	500
»	»	28	»	F	»	2850	»	515
»	»	29	»	M	»	3500	»	495
»	»	30	»	M	»	3040	»	490
»	»	31	»	F	»	2870	»	460
»	»	32	»	F	»	3100	»	495
Clinica di Novara	»	33	»	F	»	3000	»	510
»	»	34	»	M	»	2750	»	490
»	»	35	»	F	»	3500	»	520
»	»	36	»	F	»	3450	»	510
»	»	37	»	F	»	3620	»	520
»	»	38	»	M	»	3620	»	500
»	»	39	»	M	»	2780	»	480
»	»	40	»	M	»	2700	»	480
»	»	41	»	F	»	3030	»	490
»	»	42	»	F	»	3210	»	500
»	»	43	»	M	»	3320	»	500
»	»	44	»	M	»	3410	»	520
						138510		21855

VIII. — Prospetto dei nati da primipare mestruate a 17 anni.

Clinica di Milano	—	Oss. N.	1	— Sesso	M	— Peso gr.	3850	— lungh. mm.	530
»	»	2	»	M	»	3570	»	510
»	»	3	»	M	»	3150	»	485
»	»	4	»	M	»	3150	»	510
»	»	5	»	F	»	3120	»	490
»	»	6	»	M	»	3530	»	510
»	»	7	»	F	»	2950	»	470
»	»	8	»	M	»	3150	»	515
»	»	9	»	F	»	2700	»	490
»	»	10	»	M	»	3600	»	520
»	»	11	»	M	»	3150	»	500
»	»	12	»	M	»	2720	»	495
»	»	13	»	M	»	3300	»	500
»	»	14	»	F	»	2950	»	500
»	»	15	»	M	»	2900	»	445
»	»	16	»	F	»	2850	»	460
»	»	17	»	F	»	3250	»	500
»	»	18	»	F	»	2750	»	490
»	»	19	»	M	»	3550	»	500
»	»	20	»	F	»	3060	»	480
»	»	21	»	F	»	2900	»	495
»	»	22	»	M	»	2900	»	485
»	»	23	»	M	»	2820	»	480
»	»	24	»	F	»	3300	»	490
Clinica di Novara	»	25	»	F	»	2860	»	490
»	»	26	»	M	»	3000	»	520
»	»	27	»	M	»	2710	»	500
»	»	28	»	M	»	4300	»	530
»	»	29	»	M	»	3580	»	510
»	»	30	»	M	»	3030	»	500
						94650		14900

IX. — Prospetto dei nati da primipare mestruate a 18 anni.

Clinica di Milano	— Oss. N.	1	— Sesso	M	— Peso gr.	2750	— lungh. mm.	480
»	»	2	»	M	»	3430	»	490
»	»	3	»	F	»	3050	»	500
»	»	4	»	M	»	2800	»	460
»	»	5	»	F	»	3100	»	510
»	»	6	»	F	»	3820	»	530
»	»	7	»	F	»	2720	»	475
»	»	8	»	F	»	3000	»	490
»	»	9	»	F	»	2800	»	475
»	»	10	»	M	»	2730	»	485
»	»	11	»	M	»	3450	»	510
»	»	12	»	M	»	2900	»	480
»	»	13	»	M	»	3190	»	500
»	»	14	»	F	»	3120	»	505
»	»	15	»	M	»	3270	»	500
»	»	16	»	M	»	3050	»	480
»	»	17	»	M	»	3250	»	500
Clinica di Novara	»	18	»	M	»	3730	»	520
»	»	19	»	M	»	2850	»	470
»	»	20	»	M	»	4400	»	540
»	»	21	»	M	»	2720	»	490
»	»	22	»	M	»	3560	»	500
						69690		10890

X. — Prospetto dei nati da primipare mestruate a 19 anni.

Clinica di Milano	— Oss. N.	1	— Sesso	F	— Peso gr.	3000	— lungh. mm.	490
»	»	2	»	M	»	3010	»	490
»	»	3	»	F	»	2700	»	475
»	»	4	»	F	»	3350	»	520
»	»	5	»	F	»	2800	»	490
»	»	6	»	M	»	3000	»	490
Clinica di Novara	»	7	»	F	»	3330	»	530
»	»	8	»	M	»	2760	»	490
						23950		3975

XI. — Prospetto dei nati da primipare mestruate a 20 anni.

Clinica di Milano — Oss. N. 1 — Sesso F — Peso gr. 3150 — lungh. mm. 505

I seguente *prospetto generale* riassume i risultati avuti nei singoli prospetti parziali.

N. del prospetto parziale	N. delle osservazioni	Peso complessivo	Lungh. complessiva
I. (9 anni)	1	Gr. 2700	mm. 470
II. (11 anni)	14	» 44490	» 7000
III. (12 anni)	39	» 121950	» 19295
IV. (13 anni)	46	» 145760	» 22910
V. (14 anni)	57	» 180540	» 28550
VI. (15 anni)	71	» 225320	» 35480
VII. (16 anni)	44	» 138510	» 21855
VIII. (17 anni)	30	» 94650	» 14900
IX. (18 anni)	22	» 69690	» 10890
X. (19 anni)	8	» 23950	» 3975
XI. (20 anni)	1	» 3150	» 505

E da questo prospetto si desumono le medie seguenti:

Nati da menstruate ad anni	9	peso gr.	2700	lunghezza mm.	470
»	11	»	3177	»	500
»	12	»	3126	»	494
»	13	»	3168	»	497
»	14	»	3167	»	500
»	15	»	3173	»	499
»	16	»	3147	»	497
»	17	»	3155	»	496
»	18	»	3167	»	495
»	19	»	2993	»	496
»	20	»	3150	»	505

Interpretando alla lettera i risultati delle medie ottenute, il peso del feto sarebbe in rapporto alla comparsa mestruale nell'ordine decrescente seguente:

massimo anni 11–15–13–14–18–17–20–16–12–19–9 minimo

Ma il criterio per trarre risultati utili da queste cifre non sta certamente nel prendere in considerazione ciascuna media separatamente, bensì di fare di queste medie varie categorie a seconda che la mestruazione sia stato precoce, normale, o tardiva nella comparsa: abbiamo già visto che il Wernich per raggiungere questo scopo calcolò separatamente i nati da madri menstruate tardi

= dopo i 19 anni = e quelli nati da madri menstruate presto = avanti i 13 anni.

Valendomi di questo criterio del Wernich verrei a questi risultati:

55	nati da menstruate	precocemente	— media del peso	gr. 3123
9	»	tardivamente	»	» 3011

Ma non credo esatto questo procedimento: mi pare più conveniente lo studiare prima sopra una lunga serie di casi osservati nelle maternità da cui furono tratti i materiali delle presenti ricerche, l'epoca della 1ª comparsa menstruale; poi sulla scorta di tale fatto, stabilire quali sieno i limiti per dire precoce o tardiva la mestruazione: con ciò credo di poter meglio evitare errori che indipendentemente da ogni altra causa, potrebbero essere legati alle differenti razze ed ai differenti climi.

Mangiagalli fra le 1515 donne accolte nella Maternità di Milano nel quinquennio 1875-79, trovò segnata l'epoca della prima menstruazione 1434 volte, e tale cifra si divide come segue:

1	volta	ad	8	anni	N. dei casi	ad anni
2	»		9	»	133	17
22	»		10	»	99	18
70	»		11	»	38	19
147	»		12	»	26	20
211	»		13	»	4	21
230	»		14	»	3	22
240	»		15	»	0	23
201	»		16	»	1	24

donde la conclusione collimante con quella di Raciborski e cioè che il maggior numero di donne avrebbe la prima menstruazione tra i 13 e i 16 anni: e come età più frequente in cui compare il primo flusso i 15 anni.

Io stesso in analoghe ricerche fatte sopra le accolte nel successivo biennio 1880-81 potei venire alle seguenti conclusioni:

Fra 603 donne accolte gravide, 473 volte era segnata l'epoca della prima menstruazione; queste 473 si suddividevano nel modo seguente:

1	volta	ad anni 9	58	volte	ad anni 16
6	»	10	45	»	17
26	»	11	36	»	18
62	»	12	10	»	19
61	»	13	4	»	20
82	»	14	1	»	25
81	»	15			

donde che l'ordine di frequenza era così disposto:

14-15-12-13-16-17-18-11-19-10-20-25

ossia ancora: che la data più frequente sta fra 14 e 16 anni.

Traendo ora le conclusioni da queste premesse noi stabiliremo come precocemente menstruate quelle che lo furono avanti i 13 anni in questo limite accordandoci completamente con il Wernich, invece per le tardivamente menstruate in luogo dell'età segnata dal citato autore = oltre 19 anni = metteremo l'altra = oltre 17 anni.

Ora dall'esame dei prospetti sorgono le tre seguenti categorie di osservazioni:

CATEGORIA PRIMA.

Donne primipare menstruate prima dei 13 anni e che partorirono a termine.

N. delle osserv.	Anno della 1ª menstr.	Peso medio dei nati	Lungh. media
1	9	2700	470
14	11	3177	500
39	12	3126	494
54		Gr. 9003	mill. 1464

media generale gr. 3001 — mill. 488

CATEGORIA SECONDA.

Donne primipare menstruate dopo i 17 anni e che partorirono a termine.

N. delle osserv.	Anno della 1ª menstr.	Peso medio dei nati	Lungh. media
22	18	3167	495
8	19	2993	496
1	20	3150	505
31		Gr. 9310	mill. 1496

media generale gr. 3103 — mill. 498

CATEGORIA TERZA.

Donne primipare menstruate tra 13 e 17 anni e che partorirono a termine.

N. delle osserv.	Anno della 1ª menstr.	Peso medio dei nati	Lungh. media
57	14	3167	500
71	15	3173	499
44	16	3147	497
30	17	3155	496
46	13	3168	497
248		Gr. 15810	mill. 2489

media generale gr. 3162 — mill. 497

Prima di trarre le conclusioni alle quali noi saremmo in tal modo pervenuti, dobbiamo domandarci se per caso non vi sia qualche causa che possa alterare il valore delle medie ottenute: a noi pare di sì, ma appunto per non mostrare di piegare i fatti e forzarli a dire anche quello che non potrebbero dire, amiamo chiamar giudice della cosa il lettore.

Se consideriamo la categoria *prima* troviamo in questa 1 *sola* osservazione di donna primipara menstruata ad anni 9 e questa ha dato un feto pesante il minimum da noi accettato e cioè esattamente gr. 2700.

Dall'altro lato nella categoria *seconda* abbiamo pure una osservazione *unica* di donna menstruata a 20 anni ed in questa il feto pesava gr. 3150. Ora pare a noi che prima di conchiudere sarebbe equo togliere queste uniche osservazioni e dall'una e dall'altra categoria, e ricercare allora se la media possa subire rilevanti variazioni.

Così facendo si ottiene *per la* 1ª *categoria*:

Media generale nel peso	Media generale nella lunghezza
Gr. 3151	mm. 497

e per la *categoria seconda:*

Media generale del peso	Media generale nella lunghezza
Gr. 3080	mill. 495

per cui il risultato generale sarebbe concorde a quello di Wernich, e cioè che i *nati a termine da primipare menstruate precocemente, presenterebbero peso più grande e lunghezza maggiore dei nati nelle stesse condizioni da primipare tardivamente menstruate.*

Che se a qualcuno non potesse sembrar giusto il togliere la osservazione della categoria seconda, perchè il feto nato da quella donna sorpassando i 3 chilogrammi potrebbe troppo far variare la media generale, troviamo che anche considerandolo, la media generale darebbe ancora un vantaggio ai nati dalle donne della prima categoria, poichè resterebbe per questi la media di gr. 3151 e mill. 497 contro l'altra di gr. 3103 e mill. 498 della categoria II senza selezione.

Che se poi qualcuno domandasse se la conclusione alla quale noi siamo arrivati abbia una base, un criterio scientifico, noi dobbiamo rispondere *che almeno per ora* nessuna nozione fisio-patologica ci permette di trarre argomenti in pro o contro al fatto clinico.

II.

Se l'età sessuale della donna abbia influenza sullo sviluppo fetale.

Anzitutto è necessario che io spieghi il senso delle parole soprascritte, poichè qualcuno potrebbe anche rivolgersi la domanda: *che cosa si intende per età sessuale?*

L'origine della presente ricerca si è in una nota critica comparsa nel quaderno di luglio 1884 del giornale *Lo Sperimentale* che mensilmente si pubblica in Firenze. Il Dott. Boncinelli dopo aver riferito intorno ad un mio scritto *sul parto nelle primipare giovani* (1) scrive « Ma il punto più importante non è tanto di stabilire il limite superiore d'età, quanto, trattandosi della funzione di riproduzione, il determinare in ogni singolo caso l'età sessuale cui è giunta la donna cioè la data della prima menstruazione. Ciò farebbe evitare di confondere l'età assoluta che è eguale in tutte coll'età sessuale che presenta notevoli variazioni; per le quali può avvenire che una più giovane d'età assoluta abbia maggior età sessuale di un'altra e viceversa; per cui per esempio una donna di 16 o 17 anni menstruata da un anno si deve a ragione ritenere per più giovane, relativamente al parto di altra di 14 o 15, che lo fosse da due. » (Pag. 77).

E più innanzi « Insomma si dovrebbe, a parer mio, distinguere ed enunciare tre età speciali della donna: l'*età assoluta,* l'*età sessuale* che ha principio colla prima mestruazione, e l'*età genitale* che ha data del matrimonio, dicendo ad esempio età assoluta 17, età sessuale 4, età genitale 1. »

Lasciando da parte per ora la rediviva questione dei rapporti fra ovulazione e mestruazione, quest'idea del Boncinelli di tener nota dell'*età sessuale* mi piacque; ed occupandomi ora di alcune relazioni fra mestruazione e sviluppo del feto mi domandai se l'*età sessuale* potesse per caso influenzare lo sviluppo del feto, in quella stessa maniera che tale influenza fu dimostrata per il variare della durata della emorragia menstrua, ed a seconda che tale flusso mensile compare o precocemente o tardivamente.

Il frutto di tale domanda sta nella presente ricerca il cui materiale è pure tratto dalle Cliniche di Milano e Novara: anche in tale studio non furono prese in considerazione che le sole primipare, ed i soli feti che presentarono il peso minimo di gr. 2700.

Riproduco qui in una serie di specchi le osservazioni fatte:

---

1) *Annali di Ostetricia,* novembre-dicembre 1883.

Peso e lunghezza di feti nati a termine da primipare che partorirono dopo la 1ª comparsa mestruale:

A) un anno	1	M	Gr.	2900	Mill.	500
B) due anni	1	M	»	3350	»	515
	2	M	»	3220	»	500
	3	M	»	2800	»	490
			Gr.	9370	Mill.	1505

Media del peso gr. 3123 — *della lunghezza* mill. 501.

C) tre anni	1	F	Gr.	2920	Mill.	500
	2	F	»	2920	»	480
	3	M	»	3800	»	530
	4	M	»	3450	»	500
	5	M	»	2900	»	500
	6	M	»	3350	»	520
	7	M	»	2750	»	465
	8	M	»	2900	»	485
	9	M	»	2730	»	485
			Gr.	27720	Mill.	4465

Media Gr. 3080 — Mill. 496.

D) quattro anni	1	F	Gr.	2950	Mill.	470
	2	M	»	3300	»	500
	3	M	»	3100	»	500
	4	F	»	2850	»	480
	5	M	»	3190	»	500
	6	M	»	3450	»	510
	7	M	»	2820	»	480
	8	M	»	3270	»	500
	9	M	»	3600	»	520
	10	F	»	3020	»	470
	11	F	»	3100	»	485
	12	F	»	2950	»	500
	13	F	»	3000	»	470
	14	F	»	3280	»	495
	15	M	»	3000	»	490
	16	M	»	3150	»	500
	17	M	»	3550	»	500
	18	M	»	2800	»	460
	19	F	»	3650	»	510
			Gr.	60030	Mill.	9340

Media generale Gr. 3159 — *Lunghezza* Mill. 491.

E) cinque anni	1	M	Gr.	3220	Mill.	495
	2	F	»	3550	»	505
	3	M	»	3150	»	490
	4	M	»	2720	»	425
	5	F	»	2920	»	485
	6	M	»	2850	»	505
	7	M	»	3550	»	515
	8	F	»	3050	»	480
	9	M	»	3200	»	480
	10	M	»	2950	»	500
	11	F	»	2850	»	500
	12	F	»	3300	»	510
	13	F	»	2850	»	480
	14	M	»	3250	»	485
	15	F	»	3000	»	500
	16	F	»	2760	»	485
	17	F	»	2850	»	460
	18	F	»	2900	»	490
	19	M	»	3040	»	490
	20	F	»	2950	»	490
	21	M	»	3400	»	500
			Gr.	64310	Mill.	10270

Media generale Gr. 3062 — Mill. 489.

F) sei anni	1	M	Gr.	3220	Mill.	505
	2	M	»	3530	»	505
	3	F	»	3190	»	495
	4	F	»	2700	»	475
	5	M	»	3200	»	530
	6	M	»	3300	»	500
	7	F	»	3250	»	520
	8	M	»	2850	»	490
	9	M	»	3050	»	480
	10	M	»	3050	»	490
	11	F	»	2900	»	490
	12	F	»	3400	»	480
			Gr.	37640	Mill.	5960

	Riporto	Gr.	37650	Mill.	5960
13	F	»	3000	»	490
14	F	»	3120	»	505
15	M	»	3920	»	510
16	M	»	3270	»	500
17	F	»	2720	»	475
18	M	»	3000	»	480
19	M	»	3250	»	500
20	F	»	3100	»	510
21	F	»	2800	»	480
22	F	»	3570	»	510
23	F	»	3220	»	500
24	F	»	3450	»	500
25	M	»	3750	»	510
26	M	»	3150	»	495
27	F	»	3050	»	480
28	M	»	3010	»	490
29	M	»	2850	»	490
30	M	»	3550	»	525
31	M	»	3100	»	491
32	M	»	3380	»	505
		Gr.	101900	Mill.	15885

Media generale Gr. 3184 — Mill. 496

G) Sette anni	1	F	Gr.	3100	Mill.	500
	2	F	»	2950	»	505
	3	M	»	3150	»	500
	4	M	»	3300	»	510
	5	F	»	3000	»	495
	6	F	»	2700	»	480
	7	F	»	2750	»	490
	8	M	»	3000	»	490
	9	M	»	3450	»	490
	10	F	»	3130	»	485
	11	F	»	3360	»	495
	12	F	»	3060	»	485
			Gr.	36950	Mill.	5925

Riporto		Gr.	36950	Mill.	5925
13	F	»	3100	»	480
14	M	»	3250	»	485
15	F	»	2700	»	490
16	F	»	2900	»	490
17	F	»	3050	»	490
18	F	»	2870	»	485
19	F	»	3250	»	490
20	M	»	2800	»	450
21	F	»	3000	»	480
		Gr.	63870	Mill.	10265

Media generale Gr. 3041 — Mill. 488.

H) otto anni	1	F	Gr.	2870	Mill.	480
	2	M	»	3400	»	490
	3	M	»	3040	»	485
	4	F	»	2880	»	450
	5	F	»	3600	»	500
	6	M	»	2720	»	480
	7	M	»	3200	»	500
	8	M	»	2800	»	480
	9	M	»	3470	»	510
	10	M	»	3600	»	530
	11	M	»	2950	»	490
	12	F	»	2850	»	475
	13	F	»	2750	»	490
	14	F	»	3000	»	490
	15	M	»	3320	»	500
	16	F	»	2750	»	480
	17	M	»	3200	»	510
	18	M	»	3150	»	505
			Gr.	55550	Mill.	8845

Media generale Gr. 3086 — Mill. 491.

I) nove anni	1	F	Gr.	3600	Mill.	540
	2	F	»	2950	»	480
	3	F	»	2800	»	475
	4	F	»	3820	»	530
	5	M	»	3200	»	500
	6	M	»	2970	»	475
	7	F	»	3050	»	480
	8	M	»	4100	»	495
	9	F	»	2850	»	475
	10	F	»	2780	»	460
	11	F	»	3150	»	490
	12	M	»	3000	»	500
	13	F	»	2900	»	470
	14	M	»	2900	»	445
	15	F	»	3500	»	475
	16	M	»	3240	»	500
	17	M	»	3500	»	490
	18	F	»	3350	»	490
	19	M	»	2800	»	470
	20	F	»	3000	»	490
	21	M	»	3520	»	520
	22	F	»	3100	»	495
			Gr.	70080	Mill.	10745

Media generale Gr. 3185 — Mill. 488

L) dieci anni	1	M	Gr.	3220	Mill.	510
	2	F	»	3050	»	530
	3	F	»	3200	»	500
	4	F	»	3300	»	510
	5	M	»	2930	»	475
	6	F	»	2900	»	500
	7	F	»	3300	»	520
	8	M	»	3600	»	520
	9	F	»	2900	»	495
			Gr.	28400	Mill.	4560

Media generale Gr. 3155 — Mill. 506.

M) Undici anni	1	F	Gr.	2800	Mill.	480
	2	M	»	2870	»	480
	3	M	»	3570	»	510
	4	M	»	3000	»	485
	5	F	»	2800	»	490
	6	F	»	3350	»	490
			Gr.	18390	Mill.	2935

Media generale Gr. 3065 — Mill. 489.

N) Dodici anni	1	M	Gr.	2870	Mill.	485
	2	M	»	3000	»	475
	3	F	»	2700	»	470
	4	M	»	3010	»	490
	5	M	»	3000	»	500
	6	M	»	2980	»	490
			Gr.	17560	Mill.	2910

Media generale Gr. 2926 — Mill. 485.

O) tredici anni	1	M	Gr.	3150	Mill.	520
	2	F	»	3150	»	490
	3	F	»	4050	»	535
	4	M	»	3450	»	480
	5	M	»	3300	»	505
	6	F	»	2900	»	480
	7	F	»	2900	»	480
	8	M	»	3300	»	510
	9	M	»	3070	»	465
	10	M	»	2950	»	510
	11	F	»	3200	»	495
			G.	35420	Mill.	5470

Media generale Gr. 3220 — Mill. 497.

P) quattordici anni:

	1	F	Gr.	3400	Mill.	490
	2	M	»	2850	»	480
	3	F	»	3000	»	495
			Gr.	9250	Mill.	1465

Media generale Gr. 3083 — Mill. 488.

Q) quindici anni:

1	F	Gr.	2750	Mill.	450
2	M	»	2900	»	480
3	M	»	3110	»	410
		Gr.	8760	Mill.	1340

Media generale Gr. 2920 — Mill. 446.

R) sedici anni:

1	M	Gr.	3000	Mill.	480
2	F	»	3300	»	490
3	M	»	3450	»	505
4	F	»	3000	»	490
		Gr.	12750	Mill.	1965

Media generale Gr. 3187 — Mill. 491.

S) diecisette anni:

1	F	Gr.	3250	Mill.	500
2	M	»	2850	»	490
		Gr.	6100	Mill.	990

Media generale Gr. 3050 — Mill. 495.

T) diecinnove anni:

1	F	Gr.	2700	Mill.	470

U) Venti anni:

1	F	Gr.	2750	Mill.	490
2	M	»	2900	»	500
		Gr.	5650	Mill.	990

Media generale Gr. 2825 — Mill. 495.

V) ventidue anni:

1	M	Gr.	3100	Mill.	480

Z) Ventiquattro anni:

1	F	Gr.	2700	Mill.	470

Riassunto generale.

Num. degli anni dopo la 1ª comparsa mestruale	Numero delle osservazioni	Media del peso	Media della lunghezza
A 1 anno	1	2900	500
B 2 anni	3	3123	501
C 3 »	9	3080	496
D 4 »	19	3159	491
E 5 »	21	3062	489
F 6 »	32	3184	496
G 7 »	21	3041	488
H 8 »	18	3086	491
I 9 »	22	3185	488
L 10 »	9	3155	506
M 11 »	6	3065	489
N 12 »	6	2926	485
O 13 »	11	3220	497
P 14 »	3	3083	488
Q 15 »	3	2920	446
R 16 »	4	3187	491
S 17 »	2	3050	495
T 19 »	1	2700	470
U 20 »	2	2825	495
V 22 »	1	3100	480
Z 24 »	1	2700	470
	195	63751	10252

Non volendo considerare ora per sè stessa ciascuna media, poichè troppo dissimile il numero delle osservazioni, divido tutte le osservazioni in 4 gruppi: il primo di questi comprende le osservazioni di primipare che partorirono a termine da 1 a 5 anni dopo la prima mestruazione: il secondo da 6 a 10, il terzo da 11 a 15, il quarto oltre i 15 anni; ne risultano le medie seguenti:

1° gruppo:	età sessuale	1 a 5	—	media del peso	gr.	3064	— lungh.	495
2° »	»	6 a 10	»	»	»	3130	»	493
3° »	»	11 a 15	»	»	»	3042	»	481
4° »	»	oltre 15	»	»	»	2927	»	483

Si scorge da ciò: 1° che l'età sessuale *pare abbia influenza sopra lo sviluppo fetale;* 2° *parrebbe pure*, da risultati sopra esposti, *che i nati a termine da donne di inoltrata età sessuale sieno meno sviluppati, al contrario il massimo sviluppo del feto si avrebbe da quelle primipare che partoriscono fra il 6° ed il 10° anno di vita sessuale.*

Nella nostra conclusione usiamo la forma condiziata perchè non ci azzardiamo dal numero relativamente scarso di fatti, a dedurre in modo assoluto: siamo disposti ad attenderci che più vaste ricerche possano anche far scomparire quelle differenze da noi trovate; ad ogni modo speriamo di esser riusciti almeno a stimolare qualcuno a far ricerche in proposito.

IL CRANIOCLASTE DI AUVARD

Poche ricerche sperimentali.

Le modificazioni di vecchi e noti strumenti e le proposte di nuovi più o meno complicati, più o meno rispondenti allo scopo, quello cioè di ridurre il volume del capo fetale e permetterne la facile ed innocua estrazione attraverso una pelvi anche fortemente ristretta, si può dire che da una serie di anni si seguano incessantemente. Ne abbiamo un' ultima prova nella proposta del Tarnier di un nuovo strumento da lui chiamato *basiotribo* e che ancor prima di aver ricevuto la sanzione clinica venne da un distinto cultore nostrale delle cose ostetriche, vantaggiosamente modificato (1); tale basiotribo patrocinato dal Bar all'ultimo congresso internazionale delle scienze mediche in Copenaghen (2), difeso sperimentalmente e clinicamente dal Pinard (3), credo per quanto a me consta, che non abbia ancora fatto molto cammino nella pratica. Quasi contemporaneamente veniva ancor da Parigi modificato il cranioclaste di Braun: e la modificazione non era frivola, tale da poco aggiungere, come frequente avviene, allo strumento primitivo; la proposta di Auvard (4) se non alterava considerevolmente la forma dello strumento, maggiormente ne modificava il modo di impiego, e faceva in modo che il cranioclaste così usato godesse in modo spiccato una delle proprietà quasi mancante, e cioè quella di rompere la base craniana.

A chi desiderasse conoscere a quali scopi, con quali meccanismi, possa venir impiegato il cranioclaste io non posso che consigliare la lettura delle molte pubblicazioni italiane fatte sull'argomento, ultima tra queste e quasi lavoro riassuntivo di tutti gli altri, la recentemente pubblicata lettura del Cuzzi (5). Ma è mestieri pur constatare che anche la proposta del Dott. Auvard non fu presa in quella considerazione che a me sembra meritasse: almeno fra noi uno solo tra gli ostetrici se ne occupò e fu il Cuzzi nella citata memoria; ma in questa l'A.

---

(1) Truzzi. *Sul basiotribo Tarnier*. Studi ed esperienze. Milano 1884.

(2) Bar. *Le Basiotribe Tarnier*. — (*Progrès médical*, N. 51 e 52, 1884).

(3) Pinard. *Le Basiotribe Tarnier*. — (*Annales de Gynecologie*, novembre-dicembre 1884, gennaio 1885.

(4) Auvard. *De la pince a os et du cranioclaste*. Paris, Doin, 1884.

(5) Cuzzi. *Il cranioclaste del Braun e la inclinazione della base craniana*. Milano, Vallardi, 1885.

confessa che non possedendo lo strumento non può darne giudizio alcuno nè sperimentale nè clinico.

Era mio desiderio il fare uno studio completo sopra questo strumento: ma siccome il tempo da una parte, il materiale clinico ed anche quello sperimentale dall'altra, mi vennero a mancare, così pensai di rendere pubbliche, a *mo' di nota preliminare,* alcune esperienze da me praticate, le quali se insufficienti a risolvere la questione come si potrebbe ed anzi si dovrebbe porre, credo che tuttavia valgano ad ingenerare nell'animo del lettore la persuasione che lo strumento di Auvard sia degno della più attenta e seria disamina.

Ecco in che consiste lo strumento di Auvard, e quale sia la maniera di impiego raccomandata dall'autore stesso.

Descrizione dello strumento. — Si può dire per amore di brevità che sia l'ordinario cranioclaste di Braun: ma in questo troviamo due modificazioni essenziali, altre secondarie. — Sono modificazioni essenziali quelle che riguardano l'*estremità della branca piena,* che deve essere portata nel cavo cranico, ed il *modo di articolazione* dello strumento. Sono modificazioni secondarie quelle che spettano alla forma delle due branche, ed all'apparecchio di compressione: diciamo subito che quest'ultimo sebbene più massiccio di quello che si trova nello strumento di Braun, è di facile, pronto ed assai efficace impiego.

Per le altre modificazioni mi servo delle parole stesse dell'autore (1). « La branca fenestrata non è altro che quella dell'ordinario cranioclaste salvo qualche modificazione nelle curvature; il perno è fissato su di essa mentre nell'ordinario cranioclaste lo è sulla branca maschio. La branca maschio termina con un *tirafondo* che si continua sulla parte concava con una leggera sporgenza di cui si vedrà poi l'uso. Le curve dello strumento sono calcolate in maniera che lo strumento può venir articolato in due sensi. Nel primo i due morsi si guardano con la loro concavità, solo le estremità si toccano. Nel secondo vi ha reciproco incastro come nell'ordinario cranioclaste. »

Il modello che noi abbiamo avuto dal signor Mathieu di Parigi offre le seguenti dimensioni e peso:

Peso dello strumento con l'apparecchio di compressione grammi 1000.

Apparecchio di compressione isolato grammi 170.

Lunghezza totale (dall'estremo del morso fenestrato all'estremo dei manici) cent. 45,5.

Dall'apice della branca fenestrata all'articolazione cent. 19,5.

---

(1) L. c. pag. 136, 137, 138, 139.

Dall'articolazione all' estremo dei manici cent. 26.

Elevazione massima del morso sul piano orizzontale cent. 3.

Lunghezza della fenestra cent. 8,5.

Larghezza massima della fenestra mill. 13.

Larghezza minima della fenestra mill. 7.

Larghezza massima della branca fenestrata in corrispondenza della fenestra mill. 32.

Spessezza massima dello strumento articolato e chiuso nella posizione di schiacciamento mill. 35.

Impiego dello strumento. — Perforazione della volta cranica con trapano o con il craniotomo di Blot, esplorazione intracranica allo scopo di stabilire la posizione del forame occipitale. A tale scopo l'Auvard ricorda: « *quand on atteint une surface osseuse on est du côté de la face, quand, au contraire, un repli horizontal de la dure-mère, du côté de l'occiput.* » (pag. 139).

Stabilita la posizione della testa, con una doccia intracranica o con un cucchiaio si toglie una parte della massa cerebrale: indi si introduce la branca maschio nella direzione supposta del forame occipitale: si imprime alla branca uno o due giri completi per far penetrare il tira fondo. Si dà questa branca ad un assistente e si applica poi quella fenestrata portandola sulla faccia — si articola badando che i due morsi si guardino con la loro faccia concava, ciò che è stabilito e dalla forma dei manici e dalla presenza su questi di due bottoni bianchi che si corrispondono solo allorquando le due branche si incastrano l'una nell'altra. Si applica poi l' apparecchio a schiacciamento e dolcemente e progressivamente si fa agire. Terminato lo schiacciamento si apre la vite, si fa fare un giro alla branca maschio senza farla uscire dal cranio, e poi si riapplica lo strumento ma un po' meno in alto, onde permettere alle ossa di non perdere la loro cedevolezza; in questo tempo il cranioclaste si trova applicato come quello ordinario, e l'estrazione si fa con le medesime regole (pag. 140-41-42-43).

In conclusione nel modo di impiego dello strumento bisogna distinguere due tempi: nel primo o di *schiacciamento* le branche si guardano con la loro concavità, nel secondo o di *estrazione* le due branche stanno nei rapporti nei quali si trovano nell'ordinario cranioclaste cioè la branca piena si incastra in quella fenestrata.

Nella memoria di Auvard questi due tempi distinti sono chiaramente rappresentati da quattro figure assai chiare: due di queste si trovano riprodotte nella surricordata memoria di Cuzzi.

Con questo strumento e seguendo questo metodo di applicazione noi abbiamo intrapreso le esperienze che qui riportiamo.

Esperienza I.

Feto maschio. — Peso grammi 1750.

Diametro	Bp.	mill.	86
»	Bt.	»	72
»	Bz.	»	61
»	Bm.	»	72

Pelvi in ferro fuso divisibile alla Fabbri C. V. mill. 45.

Si colloca il vertice fetale al disopra dello stretto superiore in posizione OIDT. Craniotomia sulla sutura sagittale ottenuta facilmente con la branca maschio del cranioclaste, facendo dei movimenti giratori con la trivella tira-fondo. Senza previa esplorazione intracranica, ma tasteggiando la base del cranio con la branca stessa, si crede di averla portata nel forame occipitale: si fissa entro questo con due giri: si porta la branca fenestrata sulla faccia: l'apice del morso arriva al mento: si articolano le branche, si applica la vite di pressione: durante lo schiacciamento del naso esce liquido tinto per meconio e dall'apertura craniotomica sostanza cerebrale: a chiusura completa nella fenestra della branca sporgono naso, bocca e lingua. Si toglie la vite, si disarticolano le branche, si abbassa e si gira la branca piena: indi si chiude nuovamente la vite. Si tira sullo strumento e contemporaneamente si gira un po' in guisa che la branca fenestrata guardi alla sinfisi sacro-iliaca sinistra: con quattro tirate, non molto valide, la testa supera l'ostacolo; il tronco non offrì resistenza.

Esame del capo: la testa ha assunto la forma di un vero triangolo il vertice del quale corrisponde al punto di ingresso della branca maschio nel cranio: sulla regione cranica in corrispondenza con il promontorio si trova una profonda solcatura: la branca femmina occupa la linea mediana della faccia e l'estremità della fe- nestra è passata sotto la mandibola. All'apertura craniotomica si nota una piccola scheggia ossea dovuta al frontale destro. Aperto il cranio si trova: che la *trivella* era realmente caduta nel forame occipitale — che il *clivus ed il corpo dello sfenoide* sono completamente fratturati, che le *due rocche petrose sono sconnesse;* che i due *frontali sono fratturati nella loro porzione basilare:* ne consegue che la base cranica gode di una grandissima mobilità.

Nota. — Ad esperimento ultimato si constata che lo strumento fu applicato durante il *primo tempo* nella maniera con la quale lo avrebbe dovuto essere nel *secondo,* e viceversa.

Esperienza II.

Cadaverino di sesso femminile; morto dopo 10 giorni di vita extrauterina.

Peso . .	grammi 2520	Ossificazione assai progredita.
Bip.	mill. 85	
Bit.	» 74	
Bim.	» 65	
Bimast.	» 72	

Pelvi alla Fabbri in ghisa come nella prima esperienza. C. V. mill. 45.
Vertice allo stretto superiore OIDT.

Ampia craniotomia con la forbice di Smellie sulla sutura sagittale in punto intermedio fra le due fontanelle, spappolamento della sostanza cerebrale: esplorazione digitale della base che mostra assai facilmente la posizione del forame occipitale. Branca maschio facilmente portata e fissata nel forame occipitale, la fenestrata in pieno sulla faccia. Articolazione facile: si stringono lentamente le due branche essendo nella posizione di schiacciamento.

Durante lo schiacciamento naso, bocca e lingua sporgono nella fenestra: il morso di questa si porta anche qui sotto il mento; dal foro craniotomico esce sostanza cerebrale. Si disarticolano le due branche (dopo ottenuto il completo schiacciamento) e si ricongiungono nella seconda posizione. Si praticano valide tirate durante le quali esce in copia sostanza cerebrale, ma la testa non supera l'ostacolo. Anche il Dott. Fara presente all'esperienza tenta la estrazione ma non riesce. Si porta la pelvi a 50 mill. nella C. V. ed allora dopo robuste tirate l'ostacolo vien superato. Non si impresse movimento alcuno di rotazione allo strumento.

Esame del capo. — Branca fenestrata sulla linea mediana della faccia; fuoriuscita della lingua; esoftalmo completo bilaterale; profonda depressione (16 mill.) in corrispondenza del margine anteriore del parietale destro dovuta alla pressione subita contro il promontorio. L'unica resistenza offerta dal capo così schiacciato è in corrispondenza della faccia e precisamente del diametro bizigomatico; ad istrumento applicato questo misura mill. 73.

Lesioni craniche: la craniotomia era caduta un po' all'indietro del bregma ed ora si riscontra una lunga breccia che arriva fino ad un centimetro dalla radice del vaso. Pure il parietale destro è in parte staccato dal frontale corrispondente: fratture multiple sul parietale sinistro. Tolta la volta si trova: che

la branca maschio era stata collocata nel canale vertebrale: che le due rocche petrose sono mobilissime: che il corpo dello sfenoide è comminutivamente fratturato: che vi è discreta mobilità fra le due porzioni anteriori della base cranica. Complessivamente la base è molto cedevole; la mandibola non è fratturata.

Esperienza III.

Feto maschio, morto 24 ore prima, subito dopo la nascita per asfissia.

Peso . .	grammi 3050	Ossificazione buona.
Bipar. . . .	mill. 85	
Bitem.	» 70	
Bizigom. . . .	» 65	
Bimast.	» 75	

Solita pelvi alla Fabbri; C. V. mill. 50.

Vertice sullo stretto superiore in posizione OIST. Craniotomia con le forbici di Smellie in punto intermedio fra le due fontanelle; spappolamento della sostanza cerebrale; indi introduzione della branca maschio non guidata dal dito; si fissa nel canale vertebrale e resta in sito; branca fenestrata sulla faccia; l'estremo di questa branca comprende anche il mento; si pratica lo schiacciamento completo, e durante questo si notano i soliti fenomeni rispetto al naso, bocca e lingua ed alla sostanza cerebrale. Si disarticola e si riapplica più in basso lo strumento nella seconda posizione: ora il mascellare inferiore non resta più compreso dalla branca fenestrata. Si tira senza imprimere movimento alcuno di rotazione allo strumento; due valide tirate impegnano bensì alquanto la testa ma non si riesce a superare l'ostacolo; alla terza tirata si porta contemporaneamente la branca fenestrata che corrisponde direttamente a destra, a destra ed in avanti dietro la branca orizzontale del pube destro e con tutta facilità la testa supera l'ostacolo: in tal maniera il diametro più lungo e più resistente rappresentato dal bimalare, che sulla testa ad apparecchio applicato misura 75 mill., viene a cadere pressochè nel diametro obliquo sinistro.

Esame del capo. — Ha assunto una forma irregolarmente triangolare: i tre lati sono costituiti da tre linee dirette una dal fronte al mento, la seconda dal fronte all'occipite, la terza dall'occipite al mento.

La branca fenestrata è sulla linea mediana e la punta del morso arriva nella cavità della bocca lasciando libera la lingua: sul parietale posteriore, il sinistro, si nota una enorme depressione; al fondo di questa la massima spessezza è

di 48 ai 50 mill ; esaminando la volta cranica si trova che tutte le ossa che stavano al davanti del punto ove cadde la craniotomia sono disgiunte, ed in conseguenza si presentano a nudo creste ossee: il frontale sinistro oltre che distaccato dal corrispondente destro, è fratturato sulla bozza: depresso e fratturato il parietale sinistro: nel cavo cranico si contiene quasi la metà della sostanza cerebrale: l'altra metà trovò strada all'esterno durante l'atto operativo. Alla base si trova: completamente rotto il corpo dello sfenoide ed in conseguenza mobilissime le due metà della base cranica tanto in corrispondenza delle rocche petrose che dei frontali.

Esperienza IV.

Feto prematuro, morto da 24 ore, dopo due giorni della nascita.

Peso	grammi	2050
Diam. bip..	mill.	80
Bitemp.	»	72
Bimast..	»	65
Bimalare	»	64

Solita pelvi in ghisa alla Fabbri. C. V. mill. 50.

Vertice mobile allo stretto superiore in posizione OISP, testa discretamente flessa. Craniotomia sulla sutura sagittale un po' all'avanti della fontanella triangolare, forbice di Smellie. Spappolamento della sostanza cerebrale: con la punta del craniotomo non guidato dal dito è facile penetrare nel canale vertebrale; introduzione della branca maschio nel solito modo; branca fenestrata sulla faccia; articolazione facile; si pratica lo schiacciamento ; l'estremo della branca fenestrata penetra nella cavità boccale: a schiacciamento completo il capo ha assunto la solita forma triangolare; all'avanti si nota una bozza alquanto resistente a cagione della sostanza cerebrale incompletamente evacuata; disarticolazione e nuova articolazione dello strumento nella seconda posizione: si ha l'attenzione di fare questa seconda applicazione molto più in basso; la branca fenestrata cade un po' all'indietro. La testa in questo momento occupa la sola metà sinistra della pelvi: tirando si vede che l'ostacolo all'estrazione è offerto dal diametro bimalare che cade pressochè nel diametro retto dello stretto superiore: praticando un moto di rotazione e portando la branca fenestrata verso la sinfisi sacro-iliaca destra con tre tirate si riesce con discreta facilità a superare l'ostacolo: il tronco esce senza difficoltà. In questo modo il diametro bimalare viene a cadere pressochè nel diametto obliquo destro.

Esame del capo; branca fenestrata sulla bozza frontale sinistra; ha prodotto la lussazione del bulbo oculare sinistro, ha provocato l'uscita della lingua: la testa è completamente schiacciata e presenta la consueta forma triangolare. La craniotomia è caduta due centimetri all'avanti della punta occipitale: al davanti del foro craniotomico i parietali sono staccati l'uno dall'altro per un tratto di quattro centimetri: il parietale sinistro è fratturato: il destro come ripiegato sopra sè stesso. Nel cavo cranico poca sostanza cerebrale: alla base si vede: lussazione delle due rocche petrose: corpo sfenoideo cambiato in una specie di poltiglia: ne risulta che le due metà del cranio possono essere ripiegate l'una sull'altra come le due metà di un libro.

Esperienza V.

Feto maschile prematuro, morto due giorni dopo la nascita.

Peso	grammi	1880
Diam. bip..	mill.	84
Bitemp.	»	73
Bimast.	»	67
Bizig.	»	66

Solita pelvi alla Fabbri. — C. V. mill. 50.
Vertice allo stretto superiore in posizione OIST.

Consueta craniotomia con le forbici sulla sutura sagittale. Facile collocazione della branca maschio: branca fenestrata sulla faccia: il morso sorpassa il mento: schiacciamento lentissimo: soliti fenomeni alla bocca e naso: si disarticola, si abbassa la branca interna e si articola nuovamente: si tira senza imprimere movimento alcuno di rotazione, ma la discesa della testa è impedita del diametro bizigomatico; si ruota in modo che la branca fenestrata corrisponda alla sinfisi sacro-iliaca destra, ed allora con tutta facilità l'ostacolo è superato essendosi posto il diametro bizigomatico nell'obliquo destro.

Esame del capo: il parietale sinistro è fratturato e fortemente depresso: anche in questo caso la testa ha assunto la consueta forma triangolare: la craniotomica apertura si è prolungata all'innanzi ma non si sono prodotte scheggie; la branca fenestrata comprende la fronte, il naso ed arriva fino in bocca. La base cranica offre una grandissima mobilità in corrispondenza del corpo della sfenoide; anche i due frontali nella loro parte orizzontale presentano fratture; corpo sfenoide e clivus completamente rotti; mandibola integra.

Essendo nostra intenzione di continuare nelle intraprese ricerche sperimentali mano mano che avremo il materiale necessario, e di cimentare eziandio il cranioclaste di Auvard nel campo clinico se a noi si presenterà favorevole occasione, ci limitiamo qui a fare alcune brevissime considerazioni.

Nelle cinque esperienze, istituite più che altro nello scopo di avere un'idea generale dello strumento, della sua potenza e del suo modo di agire abbiamo potuto constatare:

1.° Che l'applicazione della branca maschio secondo le leggi stabilite dall'Auvard, ne' casi in cui la base cranica sia parallela al piano dello stretto superiore, o modicamente inclinata su questo, riesce in generale facile: anzi non infrequentemente ci tornò possibile il raggiungere lo scopo prefisso, anche senza praticare un'ampia craniotomia, e senza guidare lo strumento con il dito entro il cranio fetale.

2.° Che in caso di necessità anche la branca piena del cranioclaste così modificato può bastare per eseguire la craniotomia: in tal caso lo strumento avrebbe anche il vantaggio offerto da quello di Braun modificato dal Veit; il Truzzi introdusse tale miglioria nella branca interna del basiotribo Tarnier.

3.° Che i maneggi necessari per collocare lo strumento dalla posizione di schiacciamento (1° tempo) in quella di estrazione (2° tempo), sono facili, semplici e pronti, e si può dire anzi che ben più tempo si mette nel descriverli, che non nell'eseguirli.

4.° Che la presa dello strumento è sempre assai buona, in modo che l'istrumento una volta collocato in sito non può assolutamente più abbandonarlo.

5.° Che quale strumento demolitore della base craniana, il cranioclaste di Auvard è efficacissimo; è infatti reperto costante la frattura comminutiva di tutte le ossa situate fra il margine anteriore del grande forame occipitale e lo scheletro della faccia.

6.° Che nella estrazione del capo così schiacciato e preso dallo strumento è assai utile l'imprimere allo strumento un brevissimo moto di rotazione, fino a portare la branca fenestrata in corrispondenza di una delle sinfisi sacro-iliache, od al di dietro di una delle branche orizzontali del pube: sulla donna vivente è preferibile il portarla verso una delle sinfisi sacro-iliache, perchè maggiore lo spazio, e più spesse le parti molli esistenti: con tale limitata rotazione è tolta la sproporzione fra pelvi e diametro bimalare, perchè questo viene a cadere in uno dei diametri obliqui della pelvi.

7.° Che negli esperimenti intrapresi e scopo dei quali non era la dimostrazione del *quantum* di sproporzione si potea raggiungere fra pelvi e diametro bimalare, con *facilità* si vinsero sproporzioni di 16 mill., ciò che permette di accettare per vero quello che scrisse l'Auvard, che cioè possa esser vinta anche una differenza di 20 mill.

8.° Che i soli inconvenienti notati sarebbero i seguenti: 1.° la formazione di scheggie per il dilatarsi verso la fronte dell'apertura craniotomica: inconveniente questo meno importante di quello che a tutta prima appaia se si ricorda che tali creste taglienti rimangono sull'asse del canale, e che d'altra parte con facilità possono anche esser tolte dalla mano dall'ostetrico; 2.° che per la grande pressione portata dalle branche dello strumento su tutti i tessuti abbracciati nel senso-antero posteriore, si nota talvolta un aumento nel senso trasversale (diametro bimalare); questo inconveniente anche se venisse dimostrato da altre ricerche, *come costante*, non porta però effetti meccanici dannosi, se allo strumento si imprima limitato moto di rotazione, con il quale si mette tale diametro nel senso di uno degli obliqui del bacino.

E qui mi fermo: gli altri punti degni di studio, quali l'applicazione del cranioclaste di Auvard ne' casi in cui la testa sia fortemente inclinata sul piano dello stretto superiore e la cranioclastia ripetuta, saranno in uno con il grado della sproporzione che può esser vinta, oggetto di ulteriore nota.

Mi basta per ora il poter affermare che *nella storia della cranioclastia lo strumento di Auvard segna un vero progresso* (1).

Novara, dalla Scuola di Ostetricia il 30 aprile 1885.

---

(1) Nella recentissima edizione francese del trattato di Ostetricia del Lusk, (traduzione Doléris) si trova un cenno del traduttore sul cranioclaste di Auvard: termina con le seguenti parole: « *La pratique n'ayant pas encore mis en lumière les qualités de l'instrument, nous ne saurions insister davantage.* » (*Science et art des accouchements*), Paris 1885.

CONTRIBUTO ALLA MICROBIOLOGIA LOCHIALE

NOTA

del Dott. EMILIO FASOLA

Libero docente in ostetricia ed aiuto-professore nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze.

Distrutta l'idea di specificità e di essenzialità della febbre puerperale, e provato con osservazioni cliniche, con ricerche anatomo-patologiche, e con sperimenti sopra gli animali, la natura settica dei processi puerperali, assimilati perciò ai processi morbosi per infezione chirurgica, gli studi degli anatomopatologi e dei clinici furono indirizzati alla ricerca della natura dell'agente settico e del modo razionale di prevenire e di curare la setticemia puerperale. Qualunque sia la forma dei processi puerperali, questi riconoscono sempre la stessa causa, lo stesso principio, che le scoperte più recenti fanno attribuire a parassiti, ad esseri inferiori microscopici, la cui esistenza è stata ignorata fino a pochi anni fa. La piccolezza di questi esseri trova un grande compenso nel numero e nell'attività della loro vita nutritiva e riproduttiva, compenso per dir vero spaventevole quando si pensa che si fa a carico di sostanze organiche, comprese le animali, e che bastano poche ore per avere da un solo microbo la riproduzione di migliaia, di milioni di loro. Tutte le fermentazioni, grande quantità dei processi morbosi che si svolgono nell'organismo umano, sono il prodotto di questi esseri viventi, vegetali ed animali. Si deve ai progressi della tecnica microscopica la dilucidazione di molte ed importanti questioni di eziologia patologica. I nuovi e recenti dettati della scienza intorno alla natura settica della febbre puerperale furono ricchissimi di utili applicazioni pratiche, e la terapeutica ostetrica si è fatta razionale allora, che la clinica ha comprese ed abbracciate le nuove idee. Con grande vantaggio delle povere puerpere le vedute di Semelweis penetrarono per tempo nella mente degli ostetrici. Egli ammetteva come materiale settico puerperale soltanto il virus cadaverico, indotto a tale credenza dall'osservazione clinica raccolta negli stabilimenti e nelle maternità frequentate da studenti e da levatrici, che inconsciamente, ma pure indubbiamente, si erano fatti trasmissori di quel virus nelle puerpere, e causa determinante della

mortalità che spesso aveva saccheggiato quegli antichi ricoveri, trasformati in campo di desolazione e di devastazione: triste sorte che per poco non ha dato il crollo alla vita degli stabilimenti stessi e alle loro istituzioni.

Infatti il virus cadaverico dev'essere stato certamente l'agente più comune delle infezioni puerperali nelle cliniche destinate all'insegnamento, ma esso non è l'unico. Nell'aria esistono germi di micro-organismi che, portati sulle ferite prodottesi sui genitali della donna nel parto, possono svilupparsi, essere assorbiti e dare luogo all'infezione; lo stesso effetto si può avere da molte materie in decomposizione, egualmente che dalle cadaveriche, nelle quali esistono parassiti, agenti della scomposizione stessa di esse materie. Condizioni necessarie per la produzione dell'infezione puerperale sono la presenza di soluzioni di continuità sopra i tessuti e l'assorbimento attraverso loro di esseri viventi, di microbi speciali, quando non si voglia ammettere, come vorrebbe qualcuno, che l'assorbimento sia possibile senza soluzioni di continuità, per la via polmonale, ad es. Lo stato della paziente e del terreno di assorbimento, la via, la quantità e la qualità dei microbi, pare concorrano a stabilire la forma e la gravità del processo. Gli studi intorno alla natura delle forme morbose puerperali non hanno ancora raggiunto il grado di certezza e di precisione scientifica che sarebbe desiderabile, ma essi sono basati sopra fatti certi e costanti, e la teoria parassitaria a cui hanno portato è la più razionale, come provano gli effetti della terapia stabilita secondo le sue norme e le sue vedute. È mirabile l'attività spiegata dai clinici per trovare un compenso terapeutico conforme al rivolgimento scientifico moderno, e se di fronte all'evoluzione ciclica dei processi morbosi essi lottano insufficienti contro l'esercito dei piccoli, e raramente riescono a limitarne l'azione quando quelli si sono già impossessati dell'organismo umano, egli non è men vero che molto hanno ottenuto nel prevenire le infezioni puerperali e nel migliorarne la profilassi applicando all'ostetricia i trovati della patologia chirurgica, e portando a sistema la medicazione Lister convenientemente addattata.

Partendo dallo stesso concetto eziologico generale, ogni clinico si diede poi a cercare e a sperimentare agenti antisettici particolari, nè v'ha scuola presso noi che non siasi adoperata a questo scopo, e non abbia fatto conoscere i risultati. Al lavoro pubblicato dal Prof. Cuzzi nel 1878, mentre era primo assistente nell'Istituto ostetrico di S. Caterina di Milano, diretto dal Prof. Chiara: (*Contribuzione allo studio del metodo antisettico in ostetricia*), primo lavoro comparso in Italia intorno a questo argomento, ed inspirato dall'applicazione del metodo antisettico in un caso di taglio cesareo praticato in quella stessa clinica nel dicembre 1877, il primo praticato in Italia col metodo Lister; tennero dietro altri numerosi emanati da ogni parte, che misero a conoscenza altrettanti mezzi

antisettici, e applicazioni più o meno modificate. Non è mia intenzione di passare in rassegna quei pregiati lavori e di enumerare i molti mezzi antisettici sperimentati e consigliati da ciascun autore; ma piuttosto di vedere quali sono i risultati dei metodi più recenti di medicazione nel puerperio, e la loro azione sui microbi esistenti nei lochi.

La esistenza di microrganismi nei lochi, normali od alterati, fu osservata per primo da Mayrhofer nel 1870; più tardi furono osservati microrganismi nel sangue, nei liquidi cadaverici di donne morte per infezione puerperale; colla inoculazione in animali (gatte, coniglie) di lochi fetidi, alterati, o di liquidi tolti dal cavo peritoneale di donne morte per processi puerperali, e colla semplice deposizione di queste sostanze sopra la vagina o nell'utero di animali che avevano di recente partorito, si sono riprodotti i fenomeni tutti della setticemia.

Il Dott. Doléris nel 1880 pubblicava un lavoro intitolato: *La febbre puerperale e gli organismi inferiori*, nel quale sono riportate più di 200 osservazioni istituite sopra i lochi di 108 donne, e in cui egli ha notato che qualche volta i lochi mancano di microbi, frequentemente ne presentano un certo numero, sempre ne sono ricchi, quando le puerpere si ammalano. In alcuni casi clinici, asserisce il Dott. Masini (*Studio clinico ed anatomo-patologico sopra l'infezione puerperale.* Genova 1882), gli accidenti puerperali seguono per così dire il cammino dei microbi nei lochi, i quali si vedono disparire gradatamente, quando le malate raggiungono la guarigione.

Egli è in base a questi principii che l'assistenza asettica ed antisettica delle donne in soprapparto, e che l'uso delle frequenti irrigazioni vaginali con liquidi disinfettanti nelle partorienti e nelle puerpere, anche sane, nei primi giorni di puerperio, aveva preso tanta diffusione nella terapia puerperale, abusando forse del metodo, dal quale incontestabilmente si erano ottenuti e si ottengono grandi vantaggi. L'abuso delle precauzioni addottate nelle cliniche italiane non passò inavvertito al Dott. Inverardi, che nel pubblicare le sue *Note di viaggio*, dicembre 1883, riguardo la clinica di Carlo Braun in Vienna, scriveva: « ma lo stupore che naturalmente prova il visitatore nel sentire una mortalità così piccola (3-4 per $^0/_{00}$), con un ingombro sì grande di puerpere, si accresce allorquando egli viene a sapere che le donne non sono assoggettate a nessuna cura nè medicazione fino a che il puerperio decorre normalmente. Il che vuol dire che nel massimo numero delle puerpere il puerperio decorrendo normale, nel massimo numero di donne si fa niente. »

È vero però che quando il Dott. Inverardi pubblicava questo negli *Annali di Ost., Gin. e Ped.*, dicembre 1883, nella clinica di Firenze diretta dal Professore Chiara già si era modificato il metodo di trattamento delle puerpere, nè più si ricorreva alle irrigazioni vaginali o ad altra cura o medicazione profilat-

tica quando il puerperio procedeva regolarmente, e senza che per questo il buon andamento sanitario della clinica venisse menomamente alterato.

Orbene, dati questi fatti e provato dall'osservazione quotidiana che anche senza medicatura antisettica i lochi si conservano ordinariamente inalterati, e il puerperio procede regolarmente quando l'assistenza al parto è stata asettica, e non vi sono cause di auto-infezione; mi nacque desiderio di vedere quali sono e come si mantengono le condizioni micotiche dei lochi, sia che nelle donne si faccia astensione da ogni medicazione profilattica o curativa, nel parto e nel puerperio, salve le cautele di nettezza da parte degli assistenti; sia che durante il parto si faccia uso di irrigazioni vaginali e di irrigazioni intrauterine subito dopo il parto con soluzioni di acido fenico o di deutocloruro di mercurio; sia che le irrigazioni vaginali vengano ripetute quotidianamente nel puerperio. Ho fatto per questo un numero di osservazioni sopra i lochi di puerpere, e potrei dividerle in tre categorie.

La prima comprende le osservazioni fatte sui lochi di donne, in cui tanto nel parto, quanto nel puerperio non si è fatta alcuna medicazione antisettica; gli assistenti al parto usavano acqua semplice e sapone comune per lavare le mani; olio comune, non medicato, per ungere il dito esploratore. Due donne non furono neppure sottoposte al bagno di nettezza all'esordio del travaglio: tutta la biancheria però aveva soggiornato almeno 24 ore nella sala di disinfezione, nei vapori di acido solforoso sviluppantesi da un braciere colla combustione di qualche chilogramma di zolfo. A questa categoria appartengono le osservazioni qui sotto segnate col numero d'ordine 5ª, 14ª, 16ª, 17ª, 9ª e 15ª.

La seconda comprende le osservazioni sopra i lochi di donne, nelle quali durante e subito dopo il parto si sono praticate irrigazioni vaginali con acqua fenicata al due per cento o con acqua al deutocloruro di mercurio al mezzo per mille, e vi appartengono:

1.° Le osservazioni 2ª, 6ª, 7ª, 10 e 12ª, in cui si fece uso di acqua fenicata, per le irrigazioni vaginali, e di cui la 12ª ebbe un'irrigazione intrauterina in 4ª giornata di puerperio ed una vaginale in 5ª giornata.

2.° Le osservazioni 1ª, 3ª, 4ª ed 8ª in cui si fece uso di acqua al deutocloruro di mercurio.

La terza comprende quelle in cui le irrigazioni vaginali, oltrecchè nel parto, furono ripetute quotidianamente nei primi giorni di puerperio, applicando in seguito una fasciatura a T sopra i genitali, e sono: la 19ª, 21ª, 22ª, trattate con soluzione fenicata, la 20ª, 23ª, 24ª con acqua al deutocloruro; nella 21ª e nella 24ª subito dopo il parto fu fatta anche una irrigazione intrauterina colla stessa soluzione. Nel numero si hanno casi di puerperio irregolare o morboso per ulcerazioni di cattivo aspetto ai genitali, sopra le lacerazioni; per endome-

trite settica, per parametrite, che hanno reclamato una terapia speciale, e nei quali pure fu fatto l'esame ripetuto dei lochi più o meno alterati, e più o meno modificati dalla terapia.

I lochi fnrono sempre raccolti al mattino, alle ore otto, poco prima dell'irrigazione, quando questa veniva praticata; l'osservazione quotidiana veniva fatta sopra tre preparati diversi per ciascuna donna.

I lochi (raccolti dal canale vaginale con un bastoncino di vetro, rigorosamente lavato, e quindi fatto passare sopra la fiamma di una lampada ad alcool) per il primo preparato venivano depositati sopra la lastrina di vetro, e coperti da un vetrino, come al modo ordinario; per il secondo venivano agitati e diluiti in un piccolo tubo contenente un grammo circa di soluzione di cloruro di sodio al 0,75 per cento, con aggiunta di piccola quantità di violetto di metile; sopra questa soluzione si facevano poi le osservazioni: per il terzo venivano distesi in strato sottilissimo sopra un vetrino ed essicati lentamente facendo passare questo a distanza sopra la fiamma della lampada ad alcool. Nel vetrino poi, così preparato, venivano depositate poche goccie di soluzione di violetto di genziana (1 per mille) che si lasciavano per 10 oppure 15 minuti: quindi il vetrino era lavato con acqua distillata, prosciugato e sottoposto all'osservazione in olio di garofani puro o misto a balsamo del Canadà. E qui mi si permetta di esprimere i più vivi ringraziamenti all'egregio Prof. Baiardi, che in siffatte preparazioni ha voluto addestrarmi e coadiuvarmi. I risultati ottenuti sono i seguenti:

Osservazioni.

1.ª Categoria. — 5.ª Tuci M., d'anni 35, donna di casa, pluripara. Parto regolare di feto vivo e sano, in present. di V., in posiz. O. I. S. A, del peso di grm. 3160 e della lunghezza di ctm. 50.

Entra in clinica a travaglio inoltrato; è esplorata una volta sola; nel parto e nel puerperio nessuna irrigazione vaginale. Puerperio regolare. Allattamento.

20 febbraio 1883 Quasi tutti globuli rossi. Poco epitelio vaginale. Qualche granulino mobile nel liquido. Coloraz. genz. violet. Micrococchi quasi mancanti affatto.

21 » » Aumentati di numero i leucociti, i globuli rossi però prevalgono. Pochi granuli. Epitelio vag. in discreta quantità. In qualche cellula si vedono figure batteriformi in gran numero. Coloraz. genz. violet. Pochi mono-e diplococchi. Qualche batterio.

22 » » Prevalenti di poco i globuli rossi. Molto epitelio vaginale ben conservato. Granuli in poca quantità. Coloraz. genz. violet. Micrococchi in pochissima quantità.

23 febbraio 1883 Coloraz. genz. violet. Micrococchi mono-e diplococchi scarsi. Qualche streptococco.

24 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto abbondanti.

14.ª Landi S., d'anni 27, cameriera, secondipara, parto regolare. Lacerazione della forchetta. Feto in presentaz. V, posiz. O. I. S. A., peso grm. 3300, lunghezza ctm. 49. Nè durante nè dopo il parto furono fatte irrigazioni vaginali. Puerperio fisiologico.

10 marzo 1885 Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi. Qualche dubbio filamento di Leptotrix.

11 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi nel liquido. Aumentati in qualche cellula epiteliale.

12 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi nel liquido. Aumentati in qualche cellula epiteliale.

13 » » Scarsissimi i micrococchi. Sulla superficie di una cellula epitelica alcuni filamenti fini, corti, contorti a spire irregolari. (Streptotrix?)

14 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi abbondanti (pochi diplococchi). Molti filamenti di Streptotrix.

15 » » Coloraz. genz. violet. Diminuiti i micrococchi. Appena qualche filamento di Streptotrix.

16 » » Di nuovo abbondanti i micrococchi. Qualche raro filamento.

16.ª N. N., d'anni 29, trecciaiola, primipara. Parto languido, feto a termine, presentaz. V, posiz. O. I. S. A. Albuminuria in travaglio. Edema pronunciato ai genitali esterni. Episiotomia bilaterale. Lacerazione di 1° grado. Leggera emorragia dopo il secondamento. Nessuna irrigazione. Il puerperio decorre senza rialzo termico. Dopo il 3° giorno i lochi si fanno alquanto fetenti.

11 marzo 1883 Coloraz. genz. violet. Micrococchi scarsissimi (quasi mancanti).

12 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi aumentati di numero. Molte zoogloe.

13 » » Coloraz. genz. violet. Numerosissime zoogloe di micrococchi.

14 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi numerosi. Scarsissime zooglee.

15 » » Coloraz. genz. violet. Pochi micrococchi. Nessuna zooglea.

16 marzo 1883 Coloraz. gen. violet. Micrococchi quasi scomparsi.
17 » » Coloraz. genz. violet. Alcuni micrococchi raccolti nell'interno di qualche grossa cellula bianca. Molto scarsi nel liquido.
18 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi quasi scomparsi dappertutto.

17.ª N. N., d'anni 22, primipara. Feto vivo. Presentaz. V, posiz. O. I. S. A. a termine (peso grm. 3100, lungo ctm. 50). Parto regolare. Episiotomia bilaterale. Numerose lacerazioni all'ostio vaginale. Nessuna irrigazione. Puerperio fisiologico.

11 marzo 1885 Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi.
12 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi.
13 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi.
14 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi. Corti e fini filamenti contorti in qualche cellula epiteliale.
15 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi più abbondanti. Qualche zooglea. Non filamenti.
16 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi più abbondanti. Qualche zooglea. Non filamenti.
17 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi in piccolo numero.
18 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi abbondanti. Poche zoogloe.

9.ª N. N., d'anni 19, servente, primipara. Entra in clinica in soprapparto il 22 febbraio, con feto vivo e sano, in presentaz. V., in posiz. O. I. S. A. Non è sottoposta al bagno; non si fanno irrigazioni nè durante nè dopo il parto, che si effettua in modo regolare. Episiotomia bilaterale per minaccia di lacerazione del perineo. Numerose abrasioni sul contorno dell'ostio vulvo-vaginale. Il feto alla nascita pesa grm. 2980 ed è lungo ctm. 49. Puerperio regolare. Tre giorni dopo l'allattamento, 4ª giornata di puerperio, si manifestano escoriazioni superficiali ai capezzoli. Si prova la cocaina (soluzione al 4 % di cloridrato di cocaina) per diminuire le sofferenze durante la poppata.

23 febbraio 1885 Globuli rossi e leucociti in abbondanza. Colorazione genziana violet. Appena qualche micrococco esteso nel liquido.
24 » » Coloraz. genz. violet. Mono-e diplococchi molto scarsi.
25 » » Coloraz. genz. violet. Mono-e diplococchi abbondanti. Alcuni bacilli corti e sottili.

26 febbraio 1885 Coloraz. genz. violet. Micrococchi scarsi.
27 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi quasi mancanti.
28 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi quasi mancanti.
1 marzo 1885 Coloraz. genz. violet. Micrococchi quasi mancanti.

15.ª N. N., d'anni 23, primipara. Parto regolare. Lacerazione della forchetta e numerose abrasioni all'ostio vagino-vulvare. Feto vivo, peso grm. 3000, lungo ctm. 49. Non fa il bagno prima del parto. Nessuna irrigazione durante e dopo il parto. Una sola esplorazione. Puerperio normale.

10 marzo 1885 Coloraz. genz. violet. Scarsi micrococchi e voluminosi.
11 » » Coloraz. genz. violet. Scarsi micrococchi e voluminosi. Qualche zooglea e qualche cellula epitelica letteralmente coperta di micrococchi.
12 » » Scarsi micrococchi e voluminosi. Qualche zooglea e qualche cellula epitelica letteralmente coperta di micrococchi.
13 » » Micrococchi un po' meno numerosi che nei giorni antecedenti. Sono anche meno numerose le zooglee.
14 » » Micrococchi scarsi. Sono anche meno numerose le zoogloe. Più qualche fino e breve filamento contorto applicato sulle cellule epiteliali.
15 » » Numerosi micrococchi. Filamenti più grossi, più larghi e in maggior quantità (Leptotrix).
16 » » Mono-e diplococchi meno numerosi e isolati. Molti leucociti. Nessun filamento.
17 » » Micrococchi quasi scomparsi.

2.ª Categoria. — 2.ª N. N., d'anni 22, trecciaiola, primipara. Parto regolare, a termine, avvenuto il 15 febbraio, di feto vivo, sano, in presentaz. di V., ed in posiz. O. I. S. A., del peso di grm. 3080 e della lunghezza di ctm. 50. Al momento della cacciata della testa si fa l'episiotomia bilaterale. Laceraz. della forchetta, e piccola lacerazione alla faccia interna del piccolo labbro di destra. Il puerperio decorre apiretico; in terza giornata le lacerazioni prendono un aspetto grigiastro. I lochi sono alquanto fetenti. La involuzione uterina è lenta.

15 febbraio 1885 Abbondantissimi globuli rossi ben conservati. Pochissimo epitelio vaginale; niente di epitelio uterino. Scarsi granuli ro-

tondi ed ovali, dotati di movimento vivacissimo. Coloraz. genz. violet. Scarsissimi micrococchi. Qualche raro batterio.

16 febbraio 1885 Piccola placca grigiastra sulla faccia interna delle piccole labbra. Lochi un po' densi. Aumentato di molto il numero dei leucociti. Epitelio vaginale in discreta quantità, con nucleo in generale poco distinto; in alcune cellule il nucleo è in scissione, in una si osserva la fragmentazione del nucleo. Qualche rara cellula cilindrica. Scarsissimi granuli rotondi e mobili. Non batterii. Coloraz. gen. violet. Pochi micrococchi e diplococchi nel liquido; sono aumentati nel protoplasma dei leucociti. Qualche esemplare di batteri — 1 liberi.

17 » » Globuli rossi ancora prevalenti. Rarissimi granuli rotondi nel liquido. (Placca in riparazione). Coloraz. genz. violet. Scarsi micrococchi e diplococchi. Nessun batterio.

18 » » Globuli rossi ancora prevalenti. Rarissimi granuli rotondi ne liquido (Placca in riparazione). Coloraz. gen. violet. Scarsi micrococchi e diplococchi. Nessun batterio. Pare aumentato il numero dei globuli rossi. Coloraz. genz. violet. Pochissimi mono-e diplococchi.

19 » » Globuli rossi in numero quasi pari a quelli dei leucociti. Molti di quelli sono in corpo a questi. Poco epitelio. Alcune cellule epiteliali cariche di granuli. Scarsi questi nel liquido. Coloraz. genz. violet. Scarsi micrococchi (mono-e diplococchi) qualche bacillo.

20 » » Leucociti di poco più abbondanti dei globuli rossi. Pochi granuli. Epitelio scarso. Coloraz. genz. violet. Scarsi micrococchi (mono-e diplococchi). Parecchi batterii, ma in piccolissimo numero.

21 » » Prevalgono di poco i leucociti, alcuni dei quali racchiudono globuli rossi. Pochi granuli. Coloraz. genz. violet. Mono-e diplococchi in grandissimo numero.

22 » » Molti leucociti. Solo qualche globulo rosso. Poco epitelio vaginale. Molti granuli. Coloraz. genz. violet. Molti mono-e diplococchi. Alcuni bacilli.

6.ª N. N., d'anni 22, servente, secondipara. Parto regolare. Feto vivo. Presentaz. di V., posiz. O. I. S. A., peso grm. 2800, lunghezza ctm. 49. Piccola la-

cerazione ai genitali esterni. Puerperio regolare. Allattamento. Irrigaz. vaginali con acqua fenicata durante il parto e subito dopo.

20 febbraio 1885 Relativamente abbondante il numero dei leucociti. Qualche granulino mobile nel liquido. Epitelio vaginale discretamente abbondante. Coloraz. genz. violet. Micrococchi quasi nessuni.

21 » » (Non si può veder nulla nel liquido, perchè si è raccolto troppo poco di lochi). Coloraz. genz. violet. Micrococchi quasi mancanti affatto.

22 » » Prevalenti i globuli rossi; però relativamente molti leucociti. Grandissima copia di epitelio vaginale rigonfio e trasparente. Granuli mobili. Coloraz. genz. violet. Micrococchi in pochissima quantità nel liquido. Aumentato in qualche cellula epiteliale. Alcuni batteri.

23 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi pochi (quasi tutti diplococchi).

24 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi abbondanti (molti diplococchi).

7.ª N. N., d'anni 20, servente, primipara. Aborto alla fine del terzo mese. Espulsione dell'ovo intero (22 febbraio). Puerperio regolare. Irrigaz. vaginali con acqua fenicata durante il parto e subito dopo.

22 febbraio 1885 Leucociti relativamente abbondanti. Non si vedono granuli. Coloraz. genz. violet. Micrococchi mancanti. Un filamento (Leptotrix?).

23 » » Coloraz. genz. violet. Qualche diplococco sulle cellule dell'epitelio vaginale. Nessuno nel liquido.

24 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi poco abbondanti. Qualche bacillo.

25 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi poco abbondanti. Nessun bacillo.

26 » » Coloraz. genz. violett. Micrococchi scarsi.

16.ª N. N., d'anni 22, attendente a casa, secondipara. Parto naturale di feto vivo in presentaz. di V., posizione O. I. D. P. ridotta. Peso grm. 2600, lunghezza

ctm. 48. Lacerazione della forchetta. Puerperio regolare. Si fanno irrig. vaginali con acqua fenicata durante il parto e subito dopo.

24 febbraio 1885 Coloraz. genz. violet. Micrococchi in discreta quantità. Nel preparato trovo una ventina di lunghi filamenti formati da bacilli riuniti fra loro.

25 » » Coloraz. genz. violet. Discretamente abbondanti i micrococchi. Persistono i filamenti di bacilli, ma sembra diminuito il loro numero.

26 » » Coloraz. genz. violet. Abbondanti micrococchi. Rari filamenti.

27 » » Coloraz. genz. violet. Abbondanti micrococchi. Ancora meno rari i filamenti.

28 » » Coloraz. genz. violet. Sempre abbondanti i micrococchi. Non si vedono nè filamenti di bacilli, nè bacilli isolati.

12.ª N. N., d'anni 26, cameriera, secondipara. Parto regolare di feto in presentaz. di V, posiz. O. I. D. P. permanente: al passaggio dell'equatore della testa attraverso l'orificio vulvare si bagna questo con una soluzione di cloridrato di cocaina.

Puerperio morboso. Endometrite settica. I lochi si mostrano fetenti in terza giornata: temperatura normale: sale in 4ª giornata e raggiunge il massimo di 39,4. Si fa una irrigaz. intrauterina: in 5ª giornata irrigaz. vaginale: la temperatura si mantiene successivamente normale: i lochi si modificano.

28 febbraio 1885 Coloraz. genz. violet. Micrococchi scarsissimi o mancanti.

1 marzo » Coloraz. genz. violet. Micrococchi scarsissimi.

2 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi abbondanti. Lochi fetenti, irrigaz. intrauterina.

3 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi scarsissimi.

4 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi poco meno numerosi. Qualche filamento di Leptotrix.

5 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi come il giorno antecedente.

6 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi un po' meno abbondanti.

1.ª M. Pieroni, d'anni 32, donna di casa, pluripara. Parto regolare a termine, compiutosi il 13 febbraio, di un bambino vivo e sano in presentaz. di V, in posiz. O. I. S. A.; del peso di grm. 3410 e della lunghezza di 49 ctm. Pic-

cola lacerazione alla commettitura vnlvare posteriore. Puerperio regolare. Allattamento. Irrigaz. vaginali con acqua al deutocloruro nel parto e subito dopo.

14 febbraio 1885 Numero dei globuli rossi prevalenti su quello dei leucociti, ma non di molto. Globuli rossi, la maggior parte ben conservati, molto raggrinzati. Leucociti discretamente nucleati, con protoplasma carico di granuli, dei quali alcuni tinti in violetto di metilene (Clor. sodico 0,75, tinta violetta leggera). Pochissimi micrococchi. Epitelio piatto, lamellare, in molta copia; solo poche cellule epiteliali degli strati superficiali, alcune con 2 nuclei. Sulla superficie delle cellule epiteliali e nelle cellule epiteliali numerosi granuli splendenti rotondi. Nel liquido pochi granuli rotondi, dotati di movimento rotatorio vivacissimo. Nessuna forma bacillare o a filamento. (Coloraz. genz. violet.). Micrococchi in scarsa quantità; fra questi predominante la forma di diplococco. Si trovan nel liquido; dentro i leucociti e nelle cellule epiteliali. Nessun filamento di Leptotrix, nessun bacillo.

15 » » Aumentato il numero dei leucociti e diminuito quello dei globuli rossi. Si hanno in media 5 leucociti su 25-30 globuli rossi. Scarso l'epitelio vaginale (Coloraz. con genz. violet.) Micrococchi in piccolissima quantità.

16 » » I leucociti uguagliano quasi il numero dei globuli rossi e molti di essi sono carichi di micrococchi (ne contengono 10-12). Micrococchi e diplococchi vivacissimi, ma non numerosi nel liquido. Epitelio in discreta quantità, Qualche cellula piriforme. Nessuna cilindrica. (Coloraz. genz. violet.). Micrococchi in discreta quantità, quasi esclusivamente diplococchi. Nessuna forma di batterii; solo qualche rarissimo bacillo.

17 » » Quasi scomparsi i globuli rossi. Leucociti e cellule epiteliali cariche di micrococchi. Pochi micrococchi liberi nel liquido di aggiunta. (Coloraz. genz. violet.). Micrococchi in discreta quantità, quasi esclusivamente diplococchi. Nessuna forma di batterii; solo qualche rarissimo bacillo.

18 » » La lochiazione da siero-sanguigna ritorna sanguigna. Un po' aumentato il numero dei globuli rossi. Il resto come sopra. Coloraz. genz. violet. Pochissimi micrococchi sferici.

19 » » Abbondante l'epitelio. Scomparsi i globuli rossi. Pochissimi

granuli. Coloraz. genz. violet. Molti micrococchi (mono-e diplococchi). Alcuni disposti a catenelle di 10-12. Qualche batterio.

20 » » Come sopra. Granuli in grandissima quantità. Coloraz. genz. violet. Micrococchi (mono-e diplococchi) abbondantissimi.

21 » » Come sopra. Zooglee. Coloraz. genz. violet. Mono-e diplococchi poco numerosi. Alcuni batterii.

3.ª Marini G., d'anni 34, attendente a casa, pluripara. Parto rapido, avvenuto il 17 febbraio, di feto vivo in presentaz. di V., in posiz. O. I. S. A., del peso di grm. 2700, della lunghezza di 47,5. Nessuna lacerazione ai genitali esterni. Puerperio fisiologico. Allattamento. Irrigaz. vaginali con acqua al deutocloruro nel parto e subito dopo.

17 febbraio 1885 Scarsissimi i leucociti e l'epitelio vaginale. Appena qualche granulo rotondo, lucente e grosso, libero e mobile nel liquido.

18 » » Scarsissimi i leucociti e l'epitelio vaginale. Appena qualche granulo rotondo, lucente e grosso, libero e mobile nel liquido. Coloraz. genz. violet. Molto scarsi dappertutto i micrococchi. Qualche batterio.

19 » » Ancora molto prevalenti i globuli rossi sui leucociti. Rarissimi granuli rotondi. Coloraz. genz. violet. Poco numerosi i micrococchi. (Mono-e diplococchi) alcuni disposti a catenella.

20 » » Globuli rossi prevalenti sui leucociti. Pochi granuli, mobilissimi. Coloraz. genz. violet. Abbondanti micrococchi sferici.

21 » » Globuli rossi prevalenti sui leucociti. Pochi granuli, mobilissimi. Coloraz. genz. violet. Abbondanti micrococchi sferici. (Lochiazione scarsa). Coloraz. genz. violet. Micrococchi in grandissima quantità.

22 » » Abbondanti i leucociti, l'epitelio vaginale e i granuli. Coloraz. genz. violet. Mono-e diplococchi in quantità.

23 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi abbondanti.

24 » » Coloraz. genz. violet. Micrococchi abbondanti.

4.ª Freschi M., d'anni 20, secondipara. Parto regolare di feto vivo, in presentazione di V., posiz. O. I. S. A., del peso di grm. 2800 e della lunghezza di ctm. 49,5. Puerperio leggermente irregolare; in quinta giornata la temperatura sale a 38,5; la donna allatta, e ai capezzoli ha piccole escoriazioni; l'involuzione uterina è lenta; i lochi non si fanno mai fetenti. Irrigazioni con acqua al deutocloruro durante il parto e subito dopo.

18	febbraio	1885	Sangue con pochissimo epitelio granuloso e pochi granuli. Coloraz. genz. violet. Appena qualche mono-e diplococco.
19	»	»	Leucociti prevalenti sui globuli rossi. Epitelio vaginale carico di granuli splendenti. Moltissimi granuli rotondi e ovali, ma poco mobili. Coloraz. genz. violet. Mono-e diplococchi molto abbondanti,
20	»	»	Quasi affatto mancanti i globuli rossi. Epitelio carico di granuli. Pochi di questi nel liquido. Coloraz. genz. violet. Abbondanti micrococchi sferici.
21	»	»	Mancano globuli rossi. Epitelio vaginale carico dì granuli. Coloraz. genz. violet. Micrococchi in grandissima quantità.
22	»	»	Tutti leucociti. Epitelio vaginale carico di granuli. Granuli a cumuli. Coloraz. genz. violet. Mono-e diplococchi in poca quantità. Qualche cellula epiteliale ne è quasi coperta.
23	»	»	Coloraz. genz. violet. Micrococchi in discreta quantità.
24	»	»	Coloraz. genz. violet. Micrococchi abbondanti. Mono-e diplococchi. Qualche bacillo.

8.ª Vannucci R., d'anni 34, pluripara. Parto regolare di feto vivo in presentazione di V., in posiz. O. I. S. A. Peso grm. 2300, lunghezza ctm. 49. Puerperio regolare. Irrigazioni vaginali con acqua al deutocloruro durante il parto e subito dopo.

23	febbraio	1885	Tutti globuli rossi. Non micrococchi. Coloraz. genz. violet. Micrococchi mancanti.
24	»	»	Coloraz. genz. violet. Micrococchi molto scarsi.
25	»	»	Coloraz. idem. Appena appena qualche micrococco.
26	»	»	Coloraz. idem. Micrococchi scarsissimi.
27	»	»	Coloraz. idem. Mono-e diplococchi in copia: isolati e raccolti in colonie. Alcuni bacilli corti, sottili, isolati.
28	»	»	Coloraz. idem. Pochi micrococchi qualche bacillo corto, sottile e isolato.

1 marzo 1885 Coloraz. idem. Micrococchi abbondanti, isolati, a catenelle corte di 3-4 e a colonie.

3.ª Categoria. — 19.ª N. N., d'anni 17, trecciaiola, primipara. Presentazione di V., posiz. O. I. S. A. Parto artificiale (forcipe Simpson nello scavo. previa narcosi). Episiotomia. Numerose abrasioni all'ostio vagino-vulvare. Irrigazioni vaginali con acqua fenicata al 2 per °/₀ durante il parto e nel puerperio mattina e sera. Puerperio alquanto irregolare per lochiazione fetente dopo il terzo giorno. Il feto alla nascita pesava grm. 3540 e misurava ctm. 51.

16 marzo 1885 Coloraz. genz. violet. Scarsissimi micrococchi. Qualche bacillo.
17 » » Coloraz. genz. violet. Scarsissimi i micrococchi.
18 » » Pochissimi micrococchi.
19 » » Pochissimi micrococchi.
20 » » Non si vedono micrococchi.
21 » » Micrococchi scarsissimi.
22 » » Micrococchi scarsissimi.
23 » » Micrococchi mancanti affatto.

21.ª N. N., d'anni 21, cameriera, secondipara. Parto regolare a termine (feto in presentaz. di V., posiz. O. I. D. T.. del peso di grm. 3320, della lunghezza di ctm. 50). Emorragia dopo il secondamento (sangue perduto 400 grm. circa). Irrigazioni con acqua fenicata nel parto e nel puerperio che procede regolarmente. Irrigazione intrauterina subito dopo il secondamento.

18 marzo 1885 Micrococchi quasi mancanti.
19 » » Micrococchi quasi mancanti.
20 » » (Mono-e diplococchi grossi, ma in pochissimo numero).
21 » » Micrococchi un po' più numerosi accumulati attorno a cellule epiteliali.
22 » » Micrococchi meno numerosi. Più qualche catenella corta di micrococchi.
23 » » Micrococchi di nuovo scarsissimi.
24 » » Numerosissimi mono-e diplococchi, sia isolati pel liquido sia sull'epitelio. Alcuni streptococchi.
25 « » Pochi micrococchi.
26 » » Abbondanti mono-e diplococchi.
27 » » Abbondanti mono-e diplococchi.

22.ª N. N., d'anni 23, contadina, primipara. Parto regolare, pel vertice (feto grm. 3440, lunghezza ctm. 52). Episiotomia. Lacerazione della forchetta. Numerose abrasioni sul contorno dell'ostio vulvo-vaginale. Irrigaz. vaginale con acqua fenicata durante il parto e nel puerperio. Puerperio regolare. In terza giornata le lacerazioni ai genitali prendono cattivo aspetto e si toccano con acido fenico puro: i lochi sono fetenti. A cominciare dal 4° giorno la temperatura si eleva verso sera di poco più di un grado, per qualche giorno: leggera parametrite.

20	marzo	1885	Micrococchi mancanti.
21	»	»	Appena qualche micrococco isolato qua e là.
22	»	»	Appena qualche micrococco isolato. (Le piaghe genitali sono toccate con acido fenico puro).
23	»	»	Un po' più numerosi i micrococchi, fra i quali si notano alcuni batteri diplococchi e corti streptococchi.
24	»	»	Micrococchi scarsi.
25	»	»	Micrococchi scarsi.
26	»	»	Micrococchi molto abbondanti.
27	»	»	Micrococchi mancanti.

20.ª Lepri A., d'anni 22, servente, secondipara. Il primo parto artificiale e strumentale, con feto morto, prematuro. Questo si fa pure in modo artificiale. Il feto è in presentaz. di V, con procidenza di una mano, di un piede e del cordone e muore per compressione del cordone (peso grm. 1900). Embriotomia e cranioclastia. Irrigazioni con acqua al deutocloruro di mercurio, durante, dopo il parto e nel puerperio, che decorre normalmente.

18	marzo	1885	Micrococchi quasi mancanti.
19	»	»	Pochi micrococchi. Alcuni filamenti di Leptotrix.
20	»	»	Moltissimo epitelio. Scarsi micrococchi.
21	»	»	Moltissimo epitelio. Scrasi micrococchi.
22	»	»	Moltissimo epitelio. Scarsi micrococchi.
23	»	»	Meno abbondante l'epitelio. Micrococchi scarsi.
24	»	»	Meno abbondante l'epitelio. Micrococchi scarsi.
25	»	»	Molto epitelio. Micrococchi scarsissimi.

24.ª N. N., d'anni 30, cuoca, pluripara, sifilitica. Parto prematuro per la spalla (evoluzione spontanea) di feto morto macerato, del peso di grm. 1500. Irrigazioni vaginali con acqua al deutocloruro nel parto e nel puerperio, che decorre regolarmente. Irrigazione intrauterina subito dopo il secondamento.

21	marzo	1885	Qualche monococco isolato.
22	»	»	Moltissimo epitelio. Micrococchi scarsissimi.
23	»	»	Micrococchi un po' meno scarsi.
24	»	»	Micrococchi scarsi.
25	»	»	Micrococchi scarsi.
26	»	»	Micrococchi molto scarsi.
27	»	»	Micrococchi molti scarsi.

23.ª N. N., d'anni 28, servente, secondipara. Parto regolare a termine. Feto in presentaz. di V., posizione O. I. D. P. ridotta, peso grm. 3495, lunghezza ctm. 50. Lacerazione della forchetta e lacerazioni all'ostio vagino-vulvare. Irrigazioni vaginali con acqua al deutocloruro durante, dopo il parto e nel puerperio, che decorre irregolarmente per linfangite mammaria.

21	marzo	1885	Pochi micrococchi.
22	»	»	Molto epitelio. Rarissimi micrococchi.
23	»	»	Micrococchi un po' meno numerosi (ma relativ. sempre scarsi).
24	»	»	Micrococchi scarsissimi.
25	»	»	Micrococchi scarsissimi.
26	»	»	Micrococchi mancanti.
27	»	»	Pochi micrococchi grossi.

Dal numero limitato di osservazioni sopra riportate appare che:

1.° Ordinariamente si trovano microrganismi nei lochi sia normali, sia alterati, già poche ore dopo il parto, anche quando si sono praticate irrigazioni vaginali nel parto, con acqna fenicata o con acqua al deutocloruro di mercurio. La forma predominante è quella di micrococchi (mono-e diplococchi) pochi batteri, rari bacilli; leptotrix, streptotrix.

2.° Anche omettendo ogni medicatura profilattica, il loro numero è scarso nel puerperio regolare; cresce nei primi giorni (2°, 3°), per diminuire successivamente e talvolta scomparire al 7°, 8° giorno.

3.° Quando furono praticate irrigazioni vaginali durante il parto, il loro numero crebbe più tardivamente a maggior distanza dal parto; essi si trovavano in maggiore quantità quando i lochi erano alterati o per ulcerazioni puerperali, o per endometrite; si ebbe diminuzione notevole dopo l'irrigazione intrauterina (osserv. 12ª).

4.° Ripetendo l'irrigazione quotidianamente nel puerperio con acqua fenicata, i microrganismi si mantennero sempre scarsi anche quando i lochi erano fetenti (oss. 19ª); ancora più scarsi quando si fece uso di acqua al deutocloruro. Nessuna particolarità notevole in quei casi, in cui dopo il secondamento si è praticata l'irrigazione intrauterina.

Contributo allo studio dell'origine dell'imene, a proposito di un caso di ematocolpo per mancanza della parte inferiore della vagina e dell'imene. Rapporto fra lo sviluppo dei genitali femminili con lo sviluppo e la forma del bacino.

NOTA

del Dott. EMILIO FASOLA

Libero docente in ostetricia ed aiuto-professore nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze.

(*Continuaz. e fine*, V. N. 3-4, pag. 146).

Ho fatto qualche osservazione sopra i genitali femminili di feti a diversi periodi di sviluppo, e ne riporto brevemente il risultato, il quale, se non produce nulla di nuovo, si mostrà però concordante a quello già ottenuto da altri. Ricordo appena le osservazioni macroscopiche fatte sopra genitali femminili allo stato naturale o sottoposti a cottura in acqua bollente semplice o leggermente acidulata (acido nitrico 20 $^0/_{00}$), perchè in tali condizioni non si ottenne alcun dato che potesse giovare alla questione. Le osservazioni microscopiche hanno dato i seguenti risultati, che vennero controllati dall'egregio Prof. Baiardi.

I. Feto di 4 mesi intrauterini. Indurimento dei genitali nell'alcool del commercio, e poi nell'alcool assoluto. Immersione in celloidina. Sezioni antero-posteriori parallele all'asse longitudinale del canale genitale eseguite col microtomo. Colorazione con carminio al borace.

La cavità uterina è di forma quasi cilindrica, un po' più espansa verso il fondo; la parete interna è coperta da cellule epiteliali cilindriche: essa si continua direttamente col canale vaginale, e il punto della loro unione è segnato da un rialzo interno sotto forma di sprone. La vagina è tappezzata nella parte superiore da epitelio cubico a cellule molto meno lunghe di quelle appartenenti all'epitelio dell'utero. L'epitelio è nettamente pavimentoso, poligonale, nella parte inferiore della vagina, come pure alla faccia interna di un sottile sepimento che la divide vagina del canale vulvare.

La faccia esterna o vulvare del sepimento è ricoperta da epitelio pavimentoso a piccole cellule: un po' più grosse sono le cellule pavimentose che coprono il canale vulvare.

La parte superiore e la inferiore della vagina si continuano direttamente fra loro, senza traccia alcuna di distinzione: ripiegature profonde si notano sulla mucosa della porzione inferiore.

L'osservazione è ripetuta sopra otto sezioni che comprendono il canale vulvo-vagino-uterino in tutta la sua lunghezza.

II. Feto di sei mesi intrauterini. Le sezioni, in numero di otto, comprendono gran parte della vagina col canale vulvare. Ad occhio nudo si vede che la parte superiore della vagina si continua senza traccia di distinzione colla parte inferiore, la quale si restringe al suo limite inferiore, assumendo l'aspetto imbutiforme per costituire l'imene. Le stesse particolarità si osservano al microscopio, e si vede di più che le fibre muscolari liscie della parete vaginale si continuano nello spessore dell'imene. La mucosa vaginale è ricca di pieghe trasversali che nella sezione appaiono come sporgenze papilliformi: esse si notano, meno pronunciate, anche sulla mucosa della faccia interna vaginale dell'imene.

L'epitelio della mucosa vaginale e della faccia interna dell'imene è pavimentoso, stratificato: lo strato profondo è formato da cellule cubiche; il superficiale da cellule pavimentose appiattite e larghe.

Sulla faccia esterna vulvare dell'imene l'epitelio è disposto allo stesso modo, ma è meno spesso, e lo strato superficiale è costituito da cellule evidentemente più corneificate. Ancora più sottile è la mucosa vulvare e le cellule dello strato superficiale sono ancora più corneificate; la sua struttura, la sua apparenza si avvicina maggiormente a quella dell'epidermide.

III. Feto a termine. Le sezioni comprendono quasi tutta la vagina col canale vulvare. Le pieghe sono numerose sulla mucosa vaginale non meno che sulla faccia interna dell'imene; nessuna traccia di distinzione fra la parte superiore e la inferiore della vagina; le fibre muscolari della vagina si continuano direttamente, in numero molto minore, nello spessore dell'imene.

Nessuna differenza fra l'epitelio che copre la vagina e quello che copre la faccia interna dell'imene; l'epitelio che riveste la faccia esterna dell'imene qui è più somigliante a quello della mucosa vulvare, che non appaia nei preparati della seconda osservazione.

A complemento della nostra osservazione merita uno sguardo anche il bacino dell'Ersilia, il quale è in armonia di sviluppo coi genitali che conteneva,

ome si rileva dalla pelvimetria, di cui qui riporto i risultati, e dall' incisione nita (fig. IV) che ha dimensioni al terzo dal vero, e ne riproduce fedelmente la *orma particolare.*

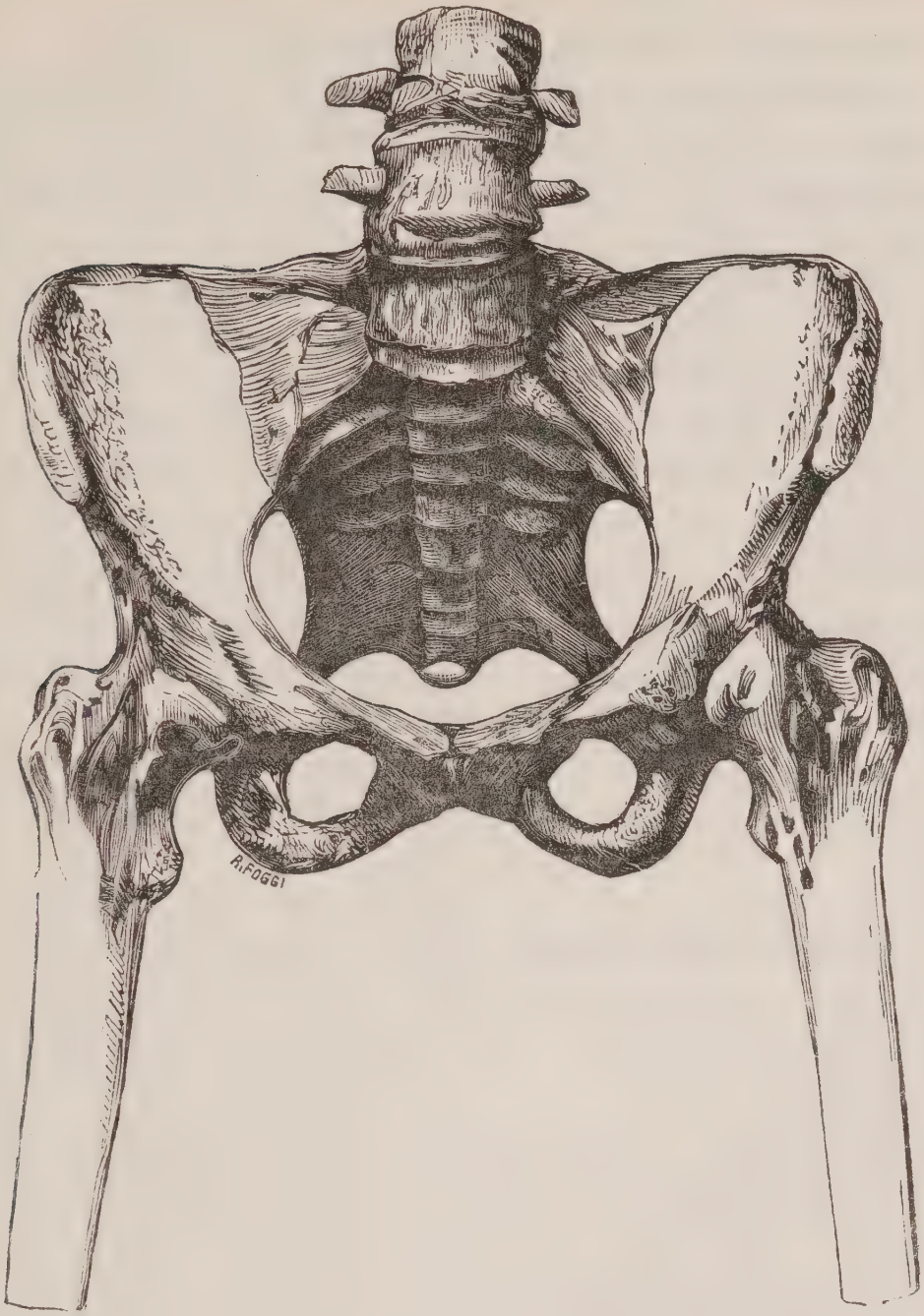


Fig. IV.

Distanza fra le sp. il. ant.-sup.	ctm.	21
» » creste iliache	»	23
Coniugata esterna	»	16. 2

Fra la spina il. post.-sup. destra e la spina iliaca ant.-sup. sin.	ctm.	20
Fra la spina il. post.-sup. sinist. e la spina iliaca ant.-sup. destra	»	19. 7
Diametro bis.-iliaco	»	21
Altezza delle pareti lat. del grande bacino	»	6. 1
Larghezza della fossa iliaca interna . .	»	9

Stretto superiore:

Diametro retto	»	10. 8
» obliquo	»	11. 2
» trasverso	»	11. 2
» del Velpeau	»	8. 7
» del Buvus	»	9

Stretto inferiore:

Diametro cocci-pubico	»	8. 8
» sacro-pubico	»	10. 9
» obliqui	»	9. 1
» trasverso	»	10

Scavo:

Diametro antero-posteriore	»	11
» trasverso	»	10. 5
» obliqui	»	11
Coniugata diagonale	»	10. 8
Diametro utile	»	10. 5
Altezza della sinfisi del pube	»	4
» del bacino	»	18
» del sacro (faccia anteriore) . .	»	9
Profondità della curva sacrale	»	1. 8

Le particolarità più notevoli di questo bacino sono:

1.° Il difetto di sviluppo e la riduzione della capacità interna, non consono collo sviluppo del resto dello scheletro;

2.° Il difetto dei diametri trasversi relativamente maggiore di quello del diametri antero-posteriori;

3.° La poca curvatura del sacro; per cui mancano in esso le caratteristiche del bacino femminile che sappiamo differenziare dal maschile specialmente per essere più ampio, massime nel senso trasversale, cosicchè lo stretto superiore viene ad assumere una figura elittica più pronunciata; per avere le cavità cotiloidee più distanti fra loro, d'onde i grandi trocanteri più sporgenti, i femori più obliqui e le ginocchia più ravvicinate; per avere il sacro una curva più pronunciata, della profondità di circa 27 mm.

Esso però si distingue dal maschile per la rotondità e la gracilità delle sue ossa: ha le ali del sacro poco sviluppate, alto il promontorio, l'arcata pubica ristretta, poco inclinate le ali iliache, e ricorda assai bene la forma del bacino infantile, cui pure manca l'impronta della sessualità.

Pare che le caratteristiche del bacino femminile siano dovute allo sviluppo degli organi genitali che nella donna si trovano nel piccolo bacino. Che la maggior capacità interna del bacino, scrive Schroeder (*Manuale di Ostetricia*, pag. 12) sia realmente dovuta agli organi genitali lo provano i casi di femmine arrestatesi nello sviluppo della mente e della persona, le quali, con organi sessuali non sviluppati, avevano una strettezza generale del bacino; e le osservazioni del Robert fra le donne castrate dell'India, le quali hanno un'arcata pubica d'una strettezza veramente straordinaria. Viceversa, un bacino di una donna con doppio utero, che si trova nel Museo anatomico di Bonn, misura 16 ctm. nel diametro trasverso dello stretto superiore.

Quando il bacino è veramente colpito da un arresto di sviluppo, soggiunge Depaul (*Dictionaire Encyclopedique des Sciences Medicales*, art. Bassin), gli organi genitali lo sono pure. Dunque anche nel caso nostro è razionale il mettere in rapporto il difetto di sviluppo e la forma infantile del bacino col difetto di sviluppo dei genitali, e così possiamo aggiungere una prova in più in conferma della intima relazione evolutiva fra gli organi genitali femminili ed il bacino.

Nello intendimento di studiare questa relazione fra lo sviluppo dei genitali e del bacino, ho misurato in parecchie donne la lunghezza del canale vaginovulvare e l'altezza della fenditura vulvare e ne ho stabilito il confronto colle misure prese sul bacino. Siffatto ordine di ricerche non può certamente rispondere al rigore della critica, sopratutto perchè uno dei termini di confronto (vagina e vulva) è limitata ad una parte soltanto dell'apparato genitale, e a quella parte che per l'appunto è più soggetta a variare nei vari individui, a spostarsi, a deviare secondo lo stato dei visceri vicini, retto e vescica; e perchè l'apparato genitale delle donne prese in osservazione non si trova in condizioni nettamente normali. Il numero di osservazioni potrebbe ovviare in parte al primo inconveniente traendo dal complesso loro quelle deduzioni, che non hanno valore considerate nei singoli casi.

Ho fatte le osservazioni essendo vuoti il retto e la vescica, mettendo la donna in decubito dorsale, colle coscie divaricate, alquanto piegate sul bacino; ho scelto quelle pazienti nelle quali la malattia, per la quale erano inviate a questa Clinica, non pareva modificare i rapporti del canale vagino-vulvare, e che erano prossime o già arrivate allo stato di guarigione. Il canale vagino-vulvare venne misurato nella parete posteriore, fra il fornice vaginale posteriore e la commettitura posteriore delle grandi labbra; e nella parete anteriore, fra il fornice anteriore e la metà dell'altezza del margine delle grandi labbra; l'altezza della vulva venne desunta dalla distanza delle due commettiture vulvari, tenendo conto dello stato della forchetta in quelle che avevano figliato.

Le misure prese sul bacino sono tutte esterne. Eccone i risultati:

Osservazioni	Diametri del bacino								Canale vagino vulvare		
	Circonferenza pelvica	Spino-iliaco	Cresto-iliaco	Bitrocanterico	Coniugata esterna	Obliquo destro	Obliquo sinistro	Altezza del bacino	Lunghezza del canale vag. vulvare: Parete ant.	Lunghezza del canale vag. vulvare: Parete post.	Altezza della vulva
I. N. 45. - Elvira A. stiratrice, 22 anni, alta m. 1,61. Ebbe un aborto a tre mesi un anno fa. Ora è affetta da endometrite catarrale	89	26	29	31	21	27	27	21	78	90	75
II. N. 36. Carolina M. servente, 27 anni, alta m. 1,60, ebbe due gravid. parti normali a termine. Ha turbe nervose da sifilide. La forchetta è lacerata pel tratto di 2 mill.	90	26	29	31	20	27	27	22	80	95	85
III. N. 53. - Anna T. sarta, 40 anni, alta metri 1,56, ebbe una gravidanza con parto a termine. La forchetta è lacerata pel tratto di 5 m.	84	25	28	30	19	26	26	20	74	85	80
IV. N. 251. Arduina M. contadina, 35 anni, alta m. 1,65, nullipara. Oligocitemia per emorr....	91	26	29½	32	21	28	28	23	81	92	72

Osservazioni	Diametri del bacino								Canale vagino vulvare		
	Circonferenza pelvica	Spino-iliaco	Cresto-iliaco	Bitrocanterico	Coniugata esterna	Obliquo destro	Obliquo sinistro	Altezza del bacino	Lunghezza del canale vag. vulvare: Parete ant.	Lunghezza del canale vag. vulvare: Parete post.	Altezza della vulva
V. N. 56. – Anna V., servente, 23 anni. Una gravidanza con parto e puerperio regolari. Endometrite catarrale.....	83	24	27	29	19	26	26	20	60	75	70
VI. N. 80. - Elisa R., attendente alla casa, 32 anni. Alta m. 1,48. Nullipara, endometrite catarrale	73	20	23	26	16	22	22	19	58	69	66
VII. N. 78. - Eugenia B., attendente a casa, 19 anni. Ebbe un parto a termine. Guarita da parametrite.....	83	24	27	29	19	24	24	20	67	74	71
VIII. Emma F., cameriera, 30 anni, alta m. 1,53, ebbe 4 parti, 2 a termine e 2 prematuri. Endometrite catarrale ..	81	24	27	30	19	25	25	19	70	75	72
IX. Albina N., servente, 34 anni, alta m. 1,51. Ebbe un parto a termine. Endometrite catarrale.....	82	25	27	30	19	24	24	19½	72	81	75
X. Maddalena M., 28 anni, nullipara, cameriera, alta m. 1,54. Guarita di vaginite	85	25	28	31	20	25	25	20	74	83	71

Si possono riunire queste osservazioni in due categorie, di cui la prima comprende le cinque nelle quali le dimensioni del canale vagino vulvare sono maggiori, cioè la I, II, III, IV e X, e la seconda comprende le altre cinque la V, VI, VII, VIII e IX. Prendendo le misure medie di ciascuna categoria si avrebbe:

	Circonferenza pelvica	Spino-iliaco	Cresto-iliaco	Bitrocanterico	Coniugata esterna	Obliquo destro	Obliquo sinistro	Altezza del bacino	Canale vag.-vulvare		Altezza della vulva
									Parete ant.	Parete post.	
1ª Categoria	87,80	25,60	28,70	31	20,20	26,60	26,60	21,20	77,40	89	76,60
2ª »	80,40	25,40	26,20	28,8	18,4	24,2	24,2	19,5	65,4	74,8	70,8

e dal confronto delle misure medie di ciascuna categoria appare chiaramente che lo sviluppo della vagina e della vulva in questi casi si trova in relazione con lo sviluppo del bacino.

Qui si presenta opportuna un'altra questione di grande importanza pratica, la quale si collega intimamente coi destini dello stato di maternità, quella cioè della relazione che passa fra lo sviluppo del bacino e del prodotto del concepimento. Che se, come pare avvenga pei genitali, anche il prodotto del concepimento sta in armonia di sviluppo col bacino, ed addatta per tal modo il suo sviluppo allo sviluppo del contenente (bacino e genitali), si avrebbe in questo un compenso non indifferente di fronte al meccanesimo del parto in molte stenosi pelviche (totali e più o meno regolari), nelle quali il parto prematuro artificiale verrebbe a perdere le indicazioni.

Non è mia intenzione di trattare in disteso l'argomento che, alquanto discosto dallo scopo e dallo indirizzo di questa nota, potrebbe trovare ragione di opportunità e di importanza in una memoria a parte; ma frattanto mi si permetta di riferire qui a titolo di appendice le poche ricerche fatte a questo riguardo.

Dalla raccolta delle storie cliniche della sezione ostetrica di questo Istituto ho tolto 40 osservazioni prendendo per norma di scelta il peso del bambino alla nascita. Ho cercato quei casi in cui erasi giudicato avvenire il parto a termine in primipare, e li ho divisi in due categorie. Nella prima categoria ho compreso quelli in cui il peso del bambiuo è di gr. 3400 e più, e sono riportati nella seguente 1ª tavola; nella seconda ho compreso quelli in cui il peso del bambino oscilla fra 2900 e 3100 grammi, e sono riportati nella 2ª tavola. nelle due tavole, a lato del peso dei bambini, sono segnate le misure del bacino della madre.

Numero progressivo 384 85	Professione	Età	Statura	Circonferenza pelvica	Spino-iliaco	Cresto-iliaco	Bitrocanterico	Coniugata interna	Altezza pelvica	Feto		Osservazioni
										Peso	Sesso	
226	servente	23	1,45	83	26	26	28	17	21	3440	F.	
16	contadina	23	1,52	100	27	29	33	21,5	22	3440	F.	
15	trecciaiola	17	»	89	27	29	32,5	19	22	3540	M.	Forcipe allo stretto inferiore
239	attend. a casa	24	1,54	86	26	28,5	29	19	21	3870	M.	
40	contadina	22	»	92	26	27,5	32	20	»	3700	M.	
248	trecciaiola	20	1,64	94	26	29	32	22	22	3540	M.	
242	idem	27	1,54	92	26	28	33	20,2	22	3420	M.	
4	idem	19	1,38	78	22	23,5	27,5	17,5	»	3440	M.	Forcipe allo stretto super.
58	servente	20	1,54	87	25	27	31	19,5	»	3450	F.	
60	contadina	21	1,50	87	25	27	31,5	21	»	3400	M.	
75	servente	28	1,76	96	27	29	37	21	»	3500	M.	
80	contadina	21	1,53	99	26,5	29	33	21	»	3500	M.	
86	servente	25	»	86	26	27	31	20	»	3470	M.	
66	contadina	19	1,46	80	23	25	28	17,5	»	3440	M.	Forc. par. alta dello scavo
146	trecciaiola	20	1,50	94	25	27	30	20	21	3500	F.	
174	idem	20	»	93	25	27	32	19,5	20	3440	M.	
186	cameriera	30	1,60	88	26	28	31	19,5	19,5	3820	F.	
274	servente	32	1,54	89	25	27	30	19,5	21	3400	F.	
100	attend. a casa	37	»	105	29	31	34	23	»	3620	F.	
152	idem	23	»	96	27	29	32	21	19	3950	M.	
	Medie.....	23,55	1,53	9,07	25,8	27,67	31,37	20	20,95	3544		

Numero progressivo 1884	Professione	Età	Statura	Circonferenza pelvica	Spino-iliaco	Cresto-iliaco	Bitrocanterico	Coniugata interna	Altezza pelvica	Feto		Osservazioni
										Peso	Sesso	
264	contadina	20	1,50	87	25	27	31	19	20	2900	M.	
256	trecciaiola	18	—	79	22	23	27	16	18	2900	M.	
204	servente	29	1,56	89	24	25,5	30	19	20	2900	F.	
192	cameriera	24	»	88	24,5	26,5	30	19	20	3100	F.	
190	contadina	26	1,50	85	23	24	29	18	18,5	2900	F.	
178	trecciaiola	20	1,59	88	24	26	29	19	19	3100	M.	
170	servente	20	1,50	80	23	25	30	17	19	3900	M.	
168	cameriera	27	1,52	85	25	29	31	20	21	3000	F.	
161	sarta	20	1,62	98	26	27,5	32	19	21	2900	M.	
131	contadina	18	»	98	25	28	33	21	»	3100	M.	
129	trecciaiola	20	1,58	86	24	26	30	19	22	3100	M.	
127	contadina	33	»	98	27	30	35	22	»	3000	M.	
103	servente	23	1,50	90	25	27	31	20	»	3000	M.	
101	sarta	19	»	86	25	26	31	19	»	3000	M.	
93	trecciaiola	20	1,51	78	22	23,5	27,8	17,5	»	2900	M.	
81	idem	20	1,60	88	25	27	32	19	»	2960	F.	
78	contadina	23	»	87	25	28	32	20	»	3000	F.	
74	attend. a casa	36	1,56	86	24	27	30	21	»	3100	F.	
67	cuoca	27	1,48	90	25	27	30	19	»	3000	F.	
59	cucitrice	22	»	79	22,5	23,5	29	18	»	3020	F.	
	Medie.....	23,25	1,54	87,25	24,30	26,22	30,44	19,07	19,75	2989,4		

Sono riportate ai piedi di ciascuna tavola le medie delle misure prese, e come appare dal loro confronto

1.°	90,7	— 25,8	— 27,67	— 31,37	— 20	— 20,95	— 3544
2.°	87,25	— 24,30	— 26,22	— 30,44	— 19,07	— 19,75	— 2989,4

anche il prodotto del concepimento in questi casi è in armonia di sviluppo con quello del bacino.

L'idea per altro non è nuova, e il Prof. Chiara ripetutamente la ricordava nelle sue lezioni a proposito del parto prematuro artificiale nelle stenosi pelviche. Per cui possiamo dire col poeta, a conforto di tante gestanti, cui natura più che di grazia fu avara di forma, e che attendono dubbiose e tremanti l'uno degli atti più importanti della riproduzione, il parto.....

..... *la terra arida*, ecc.
Similia se gli abitator produce.

Da quanto abbiamo detto si possono dedurre le seguenti conclusioni:

1. Le leggi che governano la fisiologia e la teratologia stanno in rapporto intimo fra loro e contribuiscono reciprocamente alla loro netta determinazione.

2. Allo stesso modo che lo sviluppo embriologico dei genitali femminili spiega la genesi delle loro anomalie per arresto di sviluppo, così queste a loro volta possono apportare luce a qualche punto controverso di loro sviluppo embriologico.

3. La diagnosi delle atresie congenite del canale genitale femminile si fa per lo più all'epoca della pubertà, perchè è a quell'epoca che si manifestano i sintomi per l'arresto e l'accumulo del sangue mestruale.

4. Non è sempre facile e possibile il posare una diagnosi sicura ed esatta di sede e di estensione dell'atresia.

5. L'atresia frequente della parte inferiore della vagina e con essa la mancanza dell'imene, coincidente col regolare sviluppo del resto degli organi genitali interni (parte superiore della vagina, utero, trombe, ovaia), ed esterni grandi e piccole labbra, clitoride, vestibulo, meato urinario), porterebbero a credere che l'imene e la parte inferiore della vagina abbiano origine indipendente dai canali del Muller.

6. La forma caratteristica del bacino femminile è subordinata allo sviluppo dei genitali; le anomalie per arresto di sviluppo dei genitali modificano lo sviluppo e la forma del bacino.

7. Pare che lo sviluppo del feto stia in armonia collo sviluppo dei genitali e del bacino della madre.

CASISTICA CONTRIBUTO

ALLA

TECNICA DELLA OVARIO-ISTERECTOMIA COMUNE

E DI QUELLA CESAREA

DEL

Dott. D. CHIARA

Professore-Direttore del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

(*Continuazione e fine,* V. Anno VII, N. 3-4, 1885).

2.° Caso. — *Primi-gestante rachitica. — Pelvi universalmente ristretta, piatta. Coniugata vera da 64 a 68 mm. – Rifiuto dell'aborto. – Ovario-isterectomia sull'esordio del travaglio. — Governo extra-peritoneale del peduncolo fatto e tenuto con la catena dello schiacciatoio di Chassaignac. — Regolare e assai pronta guarigione.*

Questo secondo caso nulla presenta, nel rispetto della tecnica, che non sia comune, o che altri (ed io medesimo) non abbian fatto più volte; tuttavia non mancherà il motivo per qualche considerazione non destituita d'importanza pratica, specie per chi si trovi a impegnare la prima battaglia ostetrica di codesta fatta.

Italia M . . . . . giovane di 22 anni, nubile, di mestiere servente, viene accolta nell'istituto, sezione occulte, il 16 settembre 1884, essendo nel 5° mese della sua prima gravidanza. Bassa di statura, claudicante, dal volto disarmonico, dai denti male impiantati e smerlati, dalla volta cranica pianeggiante, dalle bozze parietali sporgenti, la giovine M. non consente dubbio sulla diagnosi di rachitismo, e la diagnosi viene confermata dall'anamnesi e dallo esame diretto dello scheletro.

Quella ci dice che la Italia M..... potè reggersi e camminare da sola per qualche mese dopo il primo anno di vita, ma che ben presto ciò le fu impossibile, e per tre lunghi anni, cioè fino al quinto di età non si resse più sulle gambe, e si strascinò alla meglio per la casa poggiando sempre sulle natiche.

Guarita del rachitismo che le lasciò deturpato lo scheletro, godette buona salute sempre, all'infuori di turbe nervose isteriche esacerbantesi all'epoca mestruale. La prima mestruazione comparve a 20 anni associata con dolori intrapelvici, e fenomeni riflessi gastrici e cardiaci: le seguenti furono irregolari (qualche mancanza) e assai scarse. L'ultimo flusso mensuale rimonta al 25 aprile, ma la fecondazione, volendo prestar fede alle asserzioni della ragazza, sarebbesi fatta nella notte del 9 al 10 maggio 1884.

L'esame diretto dello scheletro rileva quanto segue: Mani e piedi grossi e tozzi; curva con la convessità volta allo esterno delle ossa degli avambracci; curve nel medesimo senso, ma molto più marcate, negli arti inferiori de' quali il destro è alquanto più corto. Statura 1.38.

Circonferenza pelvica	775	mm.
Distanza fra le spine I. A. S	245	»
Distanza fra le creste	240	»
Diametro obliquo sinistro	278	»
Diametro obliquamente destro	260	»
(Si noti che il pannicolo adiposo è molto grosso).		
Fra il pube e la S. I. A. S. destra	170	»
Fra il pube e la S. I. A. S. sinistra . . .	160	»
Altezza della pelvi	205	»
Distanza fra i grandi trocanteri	325	»
Coniugata est. (D. B.)	165	»
Coniugata diagonale	da 80 a 82	»
Coniugata vera	64 a 68	»

Codeste misure non permettevano il vero parto prematuro per il quale la donna era venuta da noi, ma l'aborto soltanto, o un parto prematuro che valesse l'aborto.

Questa parola spaventò la giovane che mostrossi abbastanza tenera del suo portato, raccomandandosi perchè non fosse sacrificato, pur protestando non volere alcuna operazione sul suo corpo. Fu smesso il pensiero d'intervenire durante la gravidanza, e rimandata ogni decisione alla ultima decade, sperando dal tempo e dai ragionari della maestra e delle altre levatrici dell'istituto una preparazione nell'animo della giovane rachitica che le facesse accogliere rassegnata l'opera nostra, qualunque fosse per essere.

Difatti non passarono di molte settimane che la gestante dichiarò accettare qualunque partito alla sola condizione di essere *addormentata*. Messasi così quieta vide trascorrere il resto della sua gravidanza senza verun disturbo, tranne alquanta inappetenza ne' primi tempi e un mediocre grado di anemia che fu combattuta con la chinachina, gli arsenicali e l'acqua ferruginosa (val d'inferno). Il 13 dicembre fu visitata dalla maestra per iscopo di esercizio diagnostico alle aspiranti-levatrici ed eccone il risultato, tolto dalla cartella cubicolare, e confermato dallo scrivente.

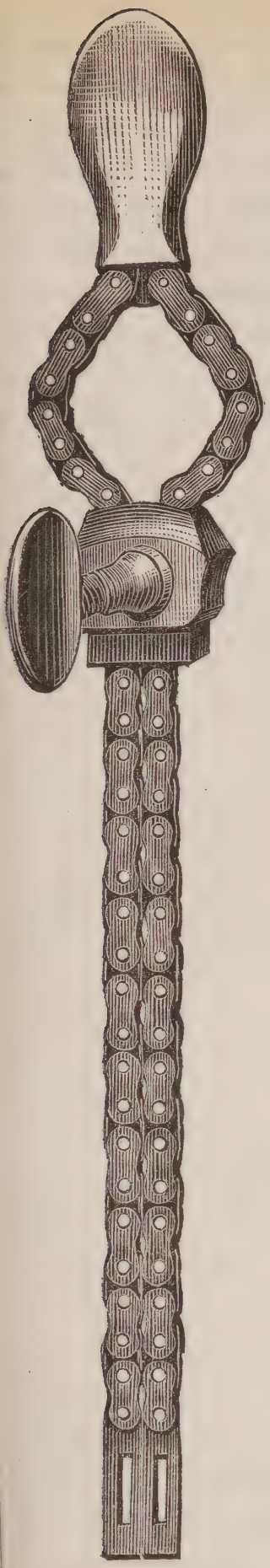
Linea medio-addominale molto ipercromica, cicatrice ombellicale pianeggiante, utero inclinato a destra con forma di ovoide allungato; mammelle coniche, ricche di ghiandola, con areola primitiva ben pigmentata, capezzolo ben fatto; estremo cefalico fetale tutto sopra lo stretto superiore, dorso a destra, parti piccole a sinistra e in alto:

Distanza dal pube alla punta sternale	42 cmt.
Distanza dal pube al bellico	18 ½ »
Circonferenza addominale al bellico (donna supina)	93 »
Circonferenza sottombellicale	90 »
Diametro longitudinale dell' utero	28 »
Diametro trasversale	21 »

Ostio vulvo-vaginale molto stretto, vagina allungata, arcata pubica stretta e bassa, tuberosità ischiatiche assai avvicinate; cervice uterina rivolta posteriormente, segmento inferiore punto espanso e alto, parte presentata offrente al dito i caratteri anatomici della testa flessa.

È facile col dito esaminare tutto il contorno dello stretto superiore e constatare lieve deviazione del sacro a sinistra. Associando il reperto del riscontro digitale a quello della pelvimetria si pone la diagnosi di pelvi rachitica totalmente e irregolarmente ristretta-piatta; la C. V. si giudica oscillante fra 64 e 68 mm.

Il 1.° gennaio la gestante accusò dolori lombari che accompagnati da indurimento ed erezione del globo uterino ci fecero avvertiti trattarsi di prodromi del parto; per altro da parte del collo uterino non si trovano modificazioni apprezzabili; perciò si porge qualche pillola d'oppio e qualche clistere laudanizzato, e i dolori cedono e rimangono assenti fino al mattino del 10. In questo dì si trova il collo completamente rammollito e in via di disfarsi; la vagina umida per un liquido acquoso lievemente torbido che cola dall'utero e che si ritiene semplice idrorrea, non essendosi per nulla modificato il volume dell' utero. I dolori non forti nè frequenti si mantengono tutto il giorno e parte della notte, concedendo qualche ora di riposo alla donna. Nei giorni 11 e 12 la contrattilità



uterina prende maggiore attività, e nella notte dal 12 al 13 il collo, ch'era completamente scomparso, comincia a dilatarsi, per cui si decide procedere al taglio cesareo da completarsi con l'amputazione utero-ovarica alle ore 3 pom. del medesimo giorno. In questo momento la dilatazione della bocca uterina era di circa 1 centim.: particolari circostanze, e un ritardo nello allestimento degli strumenti, non imputabile a noi, non permisero di operare, com'era mio proposito, prima che si dichiarasse il travaglio.

Condotta della operazione, — Temp. dell'ambiente 19°, anestesia con il cloroformio, nebbia fenicata (10 %) da 3 potenti nebulizzatori che cominciarono a funzionare 2 ore prima dell'operazione; anfiteatro disinfettato con l'acido solforoso, e lavato con soluz. di bicl. di mercurio all'1 ‰; lungo catetere metallico in vescica, poi laparotomia sulla linea mediana con una incisione di circa 10 centimetri. Prima d'incidere l'utero, furono posti due punti di seta agli angoli della ferita, e poi passati 4 punti (ai lati, comprendendo il peritoneo) dall'alto al basso nello intento di rendere più sollecita la sutura dopo esciso l'utero, e avere modo di chiudere rapidamente buona parte della breccia nel caso di minacciante protrusione della matassa intestinale. Fatto ciò, s'incide l'utero, sul mezzo della parte scoperta per 3 cent. di estensione, e, fatto passare il dito indice per questa finestra, sulla guida di esso e con le forbici se ne prolunga la incisione fino agli angoli di quella addominale; compiuto quest'atto si rompe il sacco, che fa borsa per la breccia uterina, dando esito a circa 300 grammi di liquido amniotico limpido; esce contemporaneamente la mano destra del feto, e poi la gamba omonima; su questa si esercitano vigorose tirate, ma non si ottiene il disimpegno del podice che si sente trattenuto dalla contrazione dell'utero e dall'angustia della incisione fatta; pertanto si allarga questa lateralmente a sinistra con un colpo di forbici, e allora con tutta facilità e prontezza si ottiene il feto che vagisce tosto estratto. Legato e tagliato il cordone non vedendo distaccarsi la placenta penso di la-

sciarla, ed estratto l'utero, uncinandolo all'angolo superiore della ferita, lo circondo con la catena dell'écraseur di Chassaignac che viene stretta dapprima rapidamente, poi con lentezza fino alla perfetta emostasi: la catena venne consumata fino all'articolo segnato N. 9 formando un'ansa della forma e dimensioni rappresentate nell'annessa figura. Ottenuta la emostasi viene staccata la placenta, poi esciso l'utero insieme alle ovaia rasente all'ilo di queste: così s'ebbe un peduncolo assai lungo che ci lasciava sperare, come fu infatto, pochissimo stiramento dalla involuzione e dalla riparazione del tessuto sfacelato del peduncolo. La catena non stringeva il moncone in piano orizzontale, ma obliquamente diretta dall'alto al basso e dall'interno all'esterno, in direzione, a mio avviso, vantaggiosa e che credo di raccomandare; il peduncolo venne inoltre trapassato con lungo ago lanceolato incrociante la linguetta della catena.

Esciso l'utero si procedette alla sutura (dopo brevissima ripulitura peritoneale) mettendo altri cinque punti, 4 sopra il moncone (8 in tutto, contando quelli messi prima d'incidere l'utero) e uno sotto; tanto questo che l'ultimo punto superiore, quello aridosso del moncone, furono passati sotto al peritoneo del moncone medesimo che veniva così strettamente avvicinato, anzi compreso nelle due pagine del peritoneo parietale nel momento in cui, annodando il filo, queste vengono portare in contatto.

Compiuta la sutura si ricoprì la superficie del moncone, immiserita con le forbici, mediante cotone al percloruro di ferro e quindi con il solito apparecchio listeriano da medicatura mantenuto in sede da una materassina di migliarola (piombo) e poi la operata che si destava dalla narcosi dopo compiuta la operazione, venne portata nel suo letto; l'impresa chirurgica dalla cloronarcosi a questo punto aveva domandato 47 minuti di tempo.

La parte di utero amputata pesava 550 grammi, la placenta 670 e il feto 3100; le sue dimensioni furono:

Lunghezza	50	ctm.
Diametro massimo della testa .	130	mm.
Frontoccipitale	115	»
Biparietale	90	»
Sottoccipito bregmatico . . .	100	»
Sottoccipito frontale	110	»
Sottoccipito mentale	105	»
Bimastoideo	78	»
Mento bregmatico	100	»
Mento frontale	82	»
Trachelo frontale	80	»

Trachelo bregmatico	98 ctm.
Trachelo occipitale	90 mm.
Bisacromiale	125 »
Sterno-dorsale	90 »
Sacro-pubico	60 »
Bitrocanterico	100 »

Andamento della malattia chirurgica e del puerperio.

Nulla di particolare fino alla mattina del 4° giorno in cui si constata un'ascesa termica di 39,5; si fa subito una diligente e lunga lavatura del moncone con la soluzione di bicl. merc. all' 1 °/oo e si porge alla operata un clistere purgativo ch'ebbe assai copioso effetto; alle 12 m. la temp. è già scesa a 38,3 e nelle ore pom. oscilla fra 36,9 e 37,7; regolare montata lattea.

Al mattino seguente, 4 ore prima che incominci il 5° giorno, nel tirare sulla catena per ispostare un po' la testa del moncone onde rendere più efficace la lavatura, si sente che cede insieme al residuo del moncone medesimo; la si rimove con l'ago lanceolato ch'era tenuto in sede da poco connettivo, e tosto il moncone s'infossa di circa due centimetri, costituendo la bocca di quell'infundibolo che dovrà rimanere in conseguenza della eliminazione del tessuto sfacelato, e poi rialzarsi a scomparire mediante il solito processo delle granulazioni.

La temp. nel 5° e 6° giorno tocca il massimo di 38° nelle ore mattutine (dalle 5 alle 9 ant.) per scendere a 37,6 tosto dopo la solita lavatura col bicloruro di mercurio. Da questo momento, cioè dalla sera del 6 giorno fino alla dimissione della operata la temp. non fu più febbrile mai, e il tracciato che comprende 28 giorni di osservazioni (4 al giorno) è una linea regolarmente ondulata con massimi di 37,6 e minimi di 36,5. Il polso, il respiro, le funzioni nervose, quelle intestinali, quella vescicale nulla presentarono che fosse degno di nota qualsiasi. Il 2 febbraio, cioè 20 giorni dopo la operazione, la puerpera si alza, e verso la metà del mese si trova in grado di lasciare l'istituto, dove peraltro la si tiene fino al 9 marzo per speciali riguardi voluti dalla sua povera condizione sociale.

Esaminato l'addome il giorno della partenza si trova la cicatrice solida e niun indizio di tendenza all'ernia; col riscontro vaginale si sente il residuo del collo uterino mobilissimo e come completamente staccato dalla volta addominale. Si munisce la operata di una ventriera con sottocoscia e la s'invita a farsi vedere qualche volta; difatti la rivediamo alla fine di marzo e ai primi di aprile e troviamo tuttora ottimo lo stato locale e quello generale: rivide l'amante

in questo frattempo e dice non aver avvertito alcuna differenza nelle sensazioni date dall'amplesso venereo, salvo un po' di ritardo nella *detente* nervosa.

I punti che a mio avviso meritano qualche considerazione sono l'applicazione preventiva dei fili da sutura sulla ferita addominale, la riunione del peritoneo del moncone a quello parietale, la rapida caduta della testa del moncone stretto con la catena dell'écraseur, la riparazione e il riempimento dell'infundibolo mediante granulazioni senza che la temperatura si facesse febbrile.

In tutte le operate ch'eran cadute, prima di queste due ultime, sotto la mia osservazione o per essere stato io l'operatore, o per aver assistito alla, operazione aveva veduto la febbre comparire al momento in cui cominciava lo sfacelo del peduncolo, e mantenersi durante la riparazione e il riempimento dell'infundibolo; le lavature e medicature si facevano con cotone e acqua fenicata (3 per cento circa); nelle ultime due s'impiegò invece la soluzione mercuriale; ed io credo che la riparazione apirettica della piaga sia un merito di questa soluzione, dimostrando così clinicamente quanto venne stabilito dalle osservazioni sperimentali che il bicloruro di mercurio al $^1/_2$ per mille supera in potenza antisettica l'acido fenico alla dose del 3, 4 e anche 5 per cento (1).

La caduta sollecita della testa del moncone, e com'io non aveva veduto mai in altre dieci ovario-isterectomie, credo sia da riferirsi al grado e modo di stringitura fatta dalla catena: il grado non è assolutamente, ma relativamente, considerevole: voglio dire che avendo tenuta la catena molto alta, obliquamente diretta e proprio rasente all'ilo delle ovaia, la stoffa uterina compresa nell'ansa fu molta, di guisa che i 17 mm. di diametro trasversale dell'ansa costituiscono, a mio credere, il massimo cui si poteva giungere con la catena, ed io dubito fortemente che a questo punto il filo di ferro ricotto potesse giungere senza intaccare la continuità del rivestimento peritoneale.

Con questo non voglio affermare che il filo di ferro e il costrittore, specie quello di Cintrat, siano un modo di stringitura inferiore alla catena; voglio soltanto dimostrare che questa non merita tutto quel biasimo e quei rimproveri che gli vengono da qualche scrittore, ad esempio, dal Dott. Truzzi nel suo interessante, fino ed acuto studio critico della operazione del Porro, pubblicato negli *Annali universali di Medicina,* novembre-dicembre 1884 e gennaio-febbraio 1885.

« Un mezzo di costrizione, scrive Truzzi, che mi sembra molto pericoloso

---

(1) È in questo momento (25 Maggio) nell'istituto una vecchia di 74 anni operata di ovariotomia il 17 aprile u. s. In essa per essere il tumore intralegamentoso si dovette suturare buona parte della cisti alla ferita addominale, facendo anche 3 grossi monconi del foglio ant. del leg. largo sinistro: questi caddero, la cisti andò sfogliandosi ed eliminandosi lasciando un infundibolo che oggidì ancora darebbe ricetto a un ovo, senza ehe la *temperatura presentasse mai* una elevazione febbrile: le parti vennero sempre lavate con soluzione di bicloruro di mercurio.

« e che pure gode molta simpatia, particolarmente fra gli operatori tedeschi è « quello dato dall'écraseur di Chassaignac e sue svariate modificazioni.

« L'écraseur è anzitutto strumento di difficilissima pulitura; quand'anche « sia reso asettico avanti l'operazione con la immersione nell'alcool assoluto « o con la bollitura in soluzioni potentemente disinfettanti, durante poi le fasi « di distacco necrotico del moncone, se si lascia in posto la catena, questa si « impregna per modo nei minuti suoi interstizii di umori putrescenti da rendere « difficilissime ed incomplete le medicazioni successive e pericolosa pel decorso « consecutivo la presenza dello strumento in vicinanza alle lesioni chirurgiche « inferte.

« . . . . . L'écraseur in un caso (G. Braun) ha contuso per guisa un'ansa « intestinale da produrvi gangrena . . . . . e in un caso, quello del « Prof. Pasquali, dopo aver laminato il peduncolo, ne ha permesso il rientra- « mento per guisa che con la lingua sua metallica premendo sulle parti molli « rivestenti il promontorio, vi ha prodotto estesa necrosi . . . . » s'aggiunga, dico io, che lo strumento è complicato, è costoso, v'ha bisogno di una catena di ricambio, per il caso di rottura, e ciò ne aumenta il prezzo; ma con tutto questo spero poter dimostrare che siffatto mezzo di stringimento non è veramente *molto* pericoloso, come il Truzzi lo proclama.

Non è fondato il rimprovero che la catena possa diventar veicolo di materia settica, e causa di setticemia, si perchè durante le fasi di distacco necrotico del moncone la catena non va lasciata in posto, nè ci starebbe, sì perchè inzeppandosi nel tessuto del moncone viene a trovarsi sepoltra tra due piani di tessuto che si necrotizza e ch'è possibile sorgente d'infezione qualunque sia il mezzo di stringitura; s'aggiunga che la necrosi del moncone si estende al disotto del costrittore per due buoni centimetri, chè lo sfacelo invade tutto il cono cervico-uterino fino in vicinanza del fornice vaginale; ma quando questo avviene la testa del peduncolo è caduta e con essa il mezzo costrittore. Nè più fondato mi pare l'altro rimprovero che il Truzzi, per lettera scrittami nel marzo u. s. « move alla catena dicendola un ostacolo al prosciugamento di « tutta la superficie necrotica, rendendo più facile la insorgenza di una gangrena « settica, *umida,* di una vera putrescenza là dove col percloruro ferrico, col cau- « stico attuale, e con le polveri assorbenti di bismuto, di iodoformio, di gesso « si cerca di ottenere la mummificazione, la necrosi secca dei tessuti che devono « essere eliminati. »

Ricordiamo che il moncone si necrotizza molto al disotto del cingolo costrittore e proprio là dove noi non possiamo arrivare coi nostri liquidi e le nostre polveri assorbenti, e ci convinceremo tosto che siamo vittima di una pura illusione quando lavoriamo per codesto ideale.

Il moncone uterino composto di tutti gli elementi anatomici del corpo adulto non potrà mai comportarsi, sotto a una pressione *excessive* come quella fatta dal costrittore, alla guisa del cordone ombellicale nel neonato; d'altra parte il fuoco, il percloruro di ferro, le polveri asciuganti non possono agire che nella testa del moncone, su quella ch'è sopra il costrittore, e che, quando il peduncolo sia ben fissato e ben governato, è fuori affatto dal peritoneo: quando la necrosi, umida o secca poco monta, di questa parte incomincia s'è fatto già tutto in giro, e sotto la catena o il filo stringente un essudato protettore che tiene lontana la setticemia tanto dalla testa del moncone che dal cono posto sotto la catena dove, come dissi, non è possibile arrivare con i mezzi tendenti a ottenere una *necrosi secca*.

Nel caso di Braun la catena ha contuso, è vero, un'ansa intestinale fino alla gangrena, ma questo brutto evento vuolsi attribuire non alla catena, sibbene al modo infelice onde la catena venne collocata e il peduncolo fissato; se le labbra della ferita, nell'angolo inferiore, fossero sempre applicate con esattezza contro il cono peduncolare, e la catena posta in piano inclinato dall'alto al basso e dallo indietro in avanti, non potria un'ansa intestinale insinuarsi e venire a contundersi contro la catena, tanto meno se, com'io feci, con l'ultimo punto si portasse, trapassandolo, il peritoneo peduncolare in contatto strettissimo con quello parietale: aggiungo che nel caso di Braun la gangrena intestinale più che alla contusione potrebbesi attribuire allo strozzamento nell'angolo inferiore della ferita dove s'era insinuata; riflessioni consimili, *mutatis mutandis*, possono farsi relativamente al caso del Pasquali.

Adunque degli obbietti mossi all'écraseur rimarrebbero soltanto questi: l'alto prezzo, la complicanza e la difficile ripulitura, e a questi facendo la dovuta ragione conchiudo come segue, che ammessa la preminenza per il laccio elastico, la catena dell'écraseur sta in pari con il filo stretto dal serranodi nel rispetto clinico, e gli è inferiore nel rispetto meccanico ed economico, per cui al pratico che dovesse provvedersi di un costrittore, consiglierei quello di Cintrat o altro analogo, ma non saprei biasimare quell'operatore che fornito dell'écraseur con catena fatta come quella che ho rappresentato nella figura e adoperato, desse a questa la preferenza sul filo ricotto e il serranodi relativo (1).

Firenze, aprile 1885.

D. Chiara.

---

(1) Del valore relativo tra l'affondamento del peduncolo e il governo extraperitoneale ho detto già qualche parola; lo stesso Fritsch di Breslau ch'ebbe un esito favorevole con l'affondamento trova che non è un metodo da consigliarsi e da eseguirsi almeno per la operazione del Porro: per la pratica ordinaria, egli dice, il metodo extraperitoneale è più facile, più spiccio, più sicuro.

DI UNA
ANTIVERSIONE UTERINA E SUE CONSOCIAZIONI MÒRBOSE

NOTA CLINICA

del Dott. OTTAVIANO MARCHIONNESCHI

Libero Docente in Ostetricia ed Aiuto Clinico nella R. Università di Pisa.

Sommario. — *Spostamento anteriore dell' utero. — Clorosi. — Essudato pelvico. — Convulsioni epilettiche. — Amenorrea.*

Rossi Domenica, di Filettole, d'anni 31, professione attendente a casa, nata da genitori sani; ha il padre tuttora vivente; le morì la madre in seguito a trauma e poi parziale cancrena d'un arto. Da bambina fu malata per infiammazione intestinale; da giovinetta andò soggetta a coliche intestinali, che duravano a lungo (più di 24 ore), e difficilmente si sedavano. L'unico medicamento che giovavale era sempre un'energica purga ottenuta quando con due, quando con tre (!) once di olio di ricino; così qualche volta le era indispensabile l'aiuto di un clistere.

A 14 anni si accorse d'un maggior accrescimento delle mammelle, provò senso di distensione e fu allora che si cuoprirono di appendici cutanee il pube e le cavità ascellari; ma non comparve però il flusso mestruo. Si determinò in questa vece un pallore evidentissimo della cute e delle mucose, decoloramento che non si protrasse al di là di due mesi, passati i quali si ripristinò il colorito normale, senza però comparire mai la mestruazione.

Passò più tardi a marito ed allora fu sempre più di mal ferma salute, e prima da febbri intermittenti, poi venne attaccata da bronchite e il colorito cutaneo, a dire della paziente, tornò a farsi paglierino.

Nell'ottobre del 1883, dopo un bagno fatto in un fosso d'acqua all'aperta campagna, fu assalita da dolori per tutto il corpo, da tremito generale, da sensazione di torpore alle membra e provò un indefinibile malessere.

Nei giorni susseguenti non di rado le sopraggiungeva fugaci lipotomie, con perdita della coscienza, infine con questi stessi fenomeni si unì una eccessiva salivazione e moti convulsivi clonici violentissimi. Questi dapprima erano discretamente frequenti; poi spesseggiarono tanto da ripetersi regolarmente di due in due ore. Fu il primo novembre dello stesso anno che ebbero principio le convulsioni epilettiche. Da queste si riaveva, rimanendo per un certo tempo in uno stato di stupore e di ebetudine straordinaria. In quell'epoca soffriva di stitichezza con frequente tenesmo rettale, e più spesso ancora eravi lo stimolo della minzione.

Le convulsioni erano così violente che bisogna farla tenere da sei uomini di provata robustezza.

Nel settembre del 1884 la famiglia dell'ammalata ricorse al consiglio del Dott. P. Ferrari, Professore nell'Università di Catania; e questi nel sospetto che un'affezione uterina non fosse estranea all'esplosione di quei disordini nervosi, ebbe il cortese pensiero d'indirizzarmi questa donna.

Forte indizio di un'affezione ginecologica avevasi dalla nozione dell'esistenza di amenorrea assoluta.

Prima d'ogni altro esame, praticai perciò quello dell'addome, il vaginale, l'utero-ovarico, senza poi tralasciare di posare anche uno sguardo sullo stato generale dell'organismo e de' suoi più importanti centri funzionali.

Non fu difficile constatare una grave *clorosi,* che, alle notizie anamnestiche raccolte, sarebbesi manifestata all'epoca dello sviluppo, quando si attendeva la comparsa della mestruazione.

Status præsens. — È una giovane di tessuto adiposo scarso, di gracile e scarseggiante muscolatura, di tessuto osseo e conformazione scheletrica regolare. Cute sottile, denutrita come tutto il restante del corpo e deformata da numerose pieghe. Colorito cutaneo giallo come di cera vecchia, decolorazione delle mucose. Non edemi, nè cerchio di lividura intorno agli occhi, nè sclerotiche cerulee. Pulsazioni arteriose lente, deboli, non irregolari. Pallore del volto alternato con rossore. Lieve tumefazione nel corpo tiroideo.

La donna ha sofferto e soffre tuttora cefalalgia, accusa sussurri negli orecchi ed ha spesso le vertigini. È stata trista, melanconica, sfogandosi non di rado con il pianto; e tuttora continua in uno stato d'animo non molto dissimile da quello in cui versava per l'addietro.

Il respiro di questa donna compievasi con maggiore celerità del normale. Dal lato delle funzioni digestive ha accusato dispespia, gastralgia, spasmi esofagei, flatulenze, coliche violentissime e frequenti, stitichezza, borborigmi, meteorismi. Avevansi pure sensazioni dolorose alla regione ipogastrica in specie nei lati; e qui più forti si risvegliavano con la pressione sia che la si eseguisse dalla parte

esterna sulla superficie cutanea, sia dall'interno spingendo lateralmente sui fornici vaginali. Le orine furono sempre anemiche. Da gran tempo avevasi uno scarso flusso catarrale dell'utero e della vagina flusso che in certe epoche diveniva anche copioso. La mucosa vaginale insieme a quella della vulva erano molto intensamente arrossate e così modificate da giustificare la diagnosi di pregressa vulvo-vaginite, della quale ora rimanevano le tracce. Le ovaie erano dotate di una iperestesia eccezionale. Toccate a traverso l'addome destavasi dolore, che talvolta nasceva anche spontaneamente; massimo poi era a sinistra, in specie se la compressione era fatta a traverso un punto corrispondente del fornice vaginale; si scopriva in questo mentre una resistenza, un inspessimento non molto esteso in vicinanza dell'ovaio.

Quanto all'utero si poteva escludere con facilità che fosse malato; consistenza, spessore, misure, aspetto della mucosa extracervicale, forma del collo orifizio esterno, non allontanavansi dalle condizioni normali. Molto limitata trovai la mobilità e anormale la posizione dell'utero, che stava in *antiversione con lieve deviazione laterale destra.*

Eranvi proprie le condizioni anatomiche su cui lo Schultze insiste per la verità nel diagnostico e cioè l'utero « in *situation etendue* plus stable qu'a l'état normal avec le fond de l'organe dirigé in avant. »

In conclusione emergono dall'istoria sommaria fin ora esposta, cinque importantissimi fatti patologici, su ciascuno dei quali crediamo utile fermarci un tantino per qualche osservazione clinica, dopo aver fatto parola della cura e dell'esito di essi. Questi fatti patologici sono:

1. *Clorosi.*
2. *Amenorrea assoluta.*
3. *Antiversione dell'utero.*
4. *Essudato pelvico.*
5. *Epilessia.*

Se ne potrebbe aggiungere un sesto, la *sterilità*, e studiarla in rapporto agli altri elementi morbosi.

La cura che instituii si inspirò alla nozione della inefficacia di tanti espedienti terapeutici da altri medici attivati contro la clorosi e contro l'epilessia e si inspirò tanto più al criterio diagnostico delle mutate condizioni dell'utero e sue pertinenze; quindi non potendo aver ragione di confidare in pronti, utili effetti, se mi fossi proposto di risolvere quell'essudato, io non mirai ad altro che alla correzione del vizio uterino.

Una mattina che la mia malata venne dal proprio paese a trovarmi, io non avendo presso di me pessarii adatti, nè del Thomas, nè dell'Hewit, nè di quelli

ultimi proposti da Galabin, adattai convenientemente un pessario anulare di Meigs. Lo restrinsi, lo piegai ad angolo e lo ridussi quasi alla forma di piccola navicella a pessario a leva ed in guisa lo applicai che esercitasse una pressione nel fondo antiverso e limitasse la mobilità di tutto l' organo. L'effetto fu quale non si sarebbe potuto desiderare migliore, l' utero si pose nella sua direzione normale, l'asse non si deformò e *di lì a poche ore* raccoglievasi dall' inferma il frutto di questa cura meccanica. Gli accessi che solevano venire di due in due ore, diradarono fin dal primo giorno sopravvenendo alla distanza di quattro ore, poi di sei finchè ebbesi la completa loro cessazione, la quale meravigliosamente si ottenne nel breve tempo di due o tre giorni.

La donna tiene tuttora il pessario che io ho tolto solo due volte e per pochi istanti, non avendo avuto il coraggio di stabilire così sul subito la controprova della di lui utilità, col privare per qualche giorno l' utero di questo sostegno e vedere se l'epilessia riprenderebbe la sua spaventevole azione, come esercitavala su questa infelice poche ore innanzi.

Non credei suscettibile di risoluzione l'essudato, per cui poco o niente agii contro di esso.

Raccomandai una cura tonica ricostituente e tentai di vincere, se pure è sperabile, quella clorosi, che da sì gran tempo sussiste e perciò consigliai l'acqua ferruginosa arsenicale di Roncegno; e ove questa non corrisponda ho in animo di somministrare alla donna il ferro in soluzione per la via ipodermica, come suggerisce con molta ragione di causa il Prof. Chiara che l' ha più volte esperito efficacissimo nella sua clinica ed il Prof. Vachetta sugli animali.

Mentre io scrive la donna continua nel suo stato di relativo benessere, non ha più convulzioni epilettiche nè gravi, nè leggere.

Ora alcune brevi osservazioni sopra ciascuno dei fatti patologici più culminanti nella storia della malata. e che noi già rilevammo per i seguenti: *Clorosi, amennorrea assoluta, antiversione dell'utero, essudato pelvico, epilessia.* E prima di tutto veniamo a dire della *amenorrea*, avendo ormai toccato a sufficienza (per quel che può qui interessare) della *clorosi,* la cui manifestazione risale all'età, nella quale le giovani da noi vedono per la prima volta comparire i mestrui.

Nel soggetto, del quale fu sopra raccolta la istoria, *non è mai esistita la mestruazione;* si sono però avuti i sentori della congestione ovarica, quell' insieme di sensazioni che si associano all'escrezione sanguigna mestruale. In questa vece c'è da qualche tempo *leucorrea.* Per tutto ciò, come per quanto ci riuscì di constatare con l'esame bimanuale, non possiamo classare questa *amenorrea primitiva, emansio mensium* fra quelle che hanno per causa una atrofica condizione dell'apparato sessuale in genere, o dell' ovaie o dell' utero soltanto e nep-

pure fra le amenorree da degenerazione cistica delle ovaie o da altri stati morbosi locali mancando i segni patognomonici dei medesimi. Posso escludere la etisia, la malattia di Bright e quello stato di grande atonia del sistema nervoso, che da molti valenti ginecologi sono presi in considerazione nello studio della etiologia di una tale amenorrea. E fra le alterazioni della crasi sanguigna che la cirrosi epatica ed altri stati patologici conducono e quella condizione ematica e del generale organismo che ha nome di *clorosi*, parmi sulla guida dell'anamnesi e della storia clinica, nel caso concreto, non difficile decidere quale scartare e quale ammettere. Il quadro sintomatologico della *clorosi* quasi completo, la sua comparsa all'epoca dello sviluppo sono due dati preziosissimi per farci afferrare la ragione etiologica di questa amenorrea; e non possiamo temere di andare errati con attribuirne alla clorosi la causa; che anzi l'asseveriamo convinti, essendo anche constatato ormai, per gli studi di molti e confermato con gli ultimi di Robert Moriez, che la clorosi è frequente all'età dello sviluppo.

Poco sopra ho ricordato varie fra le cause dell'amenorrea; non voglio lasciare l'opportunità di narrare d'una causa (d'amenorrea relativa) invero non registrata fin qui e che in una sposa, che dimora nel Piano di Pisa, bastò da sola a sospendere per varii anni la mestruazione, tuttora assente. Comparsi i mestrui all'epoca dello sviluppo, continuarono con regolarità sì da ragazza, come nei primi tempi che passò a marito. Un giorno, per una di quelle stranezze, delle quali non si è troppo disposti a indagare il movente, i coniugi invece che attendere la comodità e la maggiore opportunità del momento, compierono l'atto matrimoniale coram pisces in mare, in uno stabilimento balneare, dove gli schermi alla curiosità pubblica non erano nè troppo fitti, nè troppo sicuri.

Da quel giorno i mestrui non fluirono più. Fra tante altre di minor importanza una varietà di amenorrea osservai or è qualche anno in giovanetta nella quale all'età dello sviluppo la tisi meseraica, ne fu la sola causa potentissima.

Infine di recente ebbi in cura una robusta e giovane signora, cui la funzione mestrua prima regolarmente avviata, da qualche mese più non si presenta, tale sospensione coincidendo con i giorni nei quali fece i bagni alle terme di S. Giuliano, cura che le venne prescritta per sollecitare la soddisfazione d'aver prole!

L'ordine di successione dell'*essudato flogistico, deviazione uterina* ed *epilessia* è argomento non privo di un certo interesse e noi ci domandiamo subito se è dato di determinare quale di questi tre stati patologici si affacciasse per primo.

La donna con l'anamnesi delle sue sofferenze, e più la istoria clinica possono stradarci sul cammino che porta a capo di una qualche soluzione del problema.

Il primo stato morboso avvertito fu indubitalmente quello che la sindrome

fenomenale fa non a torto qualificare per una flogosi circoscritta del cellulare pelvico nella vicinanza dell'ovaia sinistra e del margine laterale omonimo dell'utero, non escludendo la sua estenzione un poco anche indietro.

Dopo di *questa* entrano in iscena le convulsioni da prima di modico grado sì per durata come per frequenza, per intensità, poi gravissime e decisamente epilettiche. Alla epilessia vera e propria precederono quei disordini nerveo-muscolari che i francesi compresero nella denominazione di *petit mal,* che fu di breve durata.

Non essendo stato praticato in quel tempo un esame ginecologico è difficile, per non dire impossibile l'affermare la preesistenta del vizio di posizione uterina. Forse il criterio terapeutico potrà illuminarci e darci la chiave per uscir bene dal labirinto; ma lasciando per un momento di illustrare questo punto, ci piace di rivolgere ora tutta la nostra attenzione e tutte le nostre indagini al rapporto, alla corrispondenza sussistenti fra i due stati morbosi dell'*essudato* e della *viziosa posizione dell'utero.*

L'utero della nostra epilettica è sano e perciò qui non entra la questione se lo spostamento sia l'effetto o la causa d'una malattia di quell'organo. Sappiamo quali e quante discussioni siansi tenute sul precedere dell'uno all'altra, sulla causalità loro rispettiva. Per taluni sono i vizii di posizione che conducono alla successione di lenti processi irritativi e flogistici uterini; per altri invece questi ultimi diverrebbero causa al prodursi delle deviazioni.

Una notabilità ginecologica ha affermato che le deviazioni uterine possono essere anche la conseguenza d'una generale denutrizione, cui abbiano preso parte l'utero ed i suoi annessi. Ha però soggiunto che se non è dato di negare *a priori* una tale successione, non abbiamo per sostenerla prove irrefragabili.

Ora la questione nel caso nostro è diversa e si riduce a stabilire invece il rapporto fra lo spostamento dell'utero e l'essudato circumuterino. Per una anormale direzione che abbia preso l'utero, indubbiamente è possibile che si alteri la circolazione, la nutrizione delle parti circostanti e che si muti lo stato dei tessuti, i quali sono costretti a contrarre con quell'organo rapporti nuovi e forse poco adatti al continuare delle proprie condizioni fisiologiche. Da ciò non difficile lo svilupparsi di un qualche stato morboso. Che poi una condizione patologica dei tessuti vicini all'utero ne dia uno spostamento, è questo un fatto che ormai si ritiene fuori di discussione.

Ci sarà lecito quindi fare il quesito se nella nostra malata fosse prima di ogni altra cosa la deviazione uterina, ossivero la flogosi, cui residuò quell'essudato peri-ovarico sinistro. Noi pensiamo che se la causa della flogosi fosse stata traumatica, tanto l'uno quanto l'altro stato morboso avrebbero potuto determinarsi e contemporaneamente rivelarsi all'indagini del medico.

Ma il momento etiologico dei primi fenomeni morbosi che furono di flogosi è da ritenersi reumatico e come tale non può farsi causale d'un vizio di posizione uterina se non indirettamente; è perciò che noi incliniamo ad ammettere questo fatto come secondario della flogosi circumuterina. Sappiamo quando fu la prima manifestazione di essa, come vi conseguissero da prima lievi, poi fortissime convulsioni epilettiche e di più possiamo credere che se l'utero fosse stato antecedentemente in spostamento, si sarebbero avuti fenomeni che ce lo avrebbero comprovato.

In conclusione, ci par lecito di osservare che *prima* si dichiarò *una flogosi intrapelvica, secondariamente l'utero si spostò* e quando l'essudato flogistico si fu ridotto ad una quantità, volume e qualità da non rendersi che poco poco apprezzabile, non si corresse però lo spostamento uterino e rimase da solo a rappresentare la causa della epilessia, la quale sarebbe venuta terza fra cotanto male. Come provarlo? Forse, come già dicemmo, col criterio terapeutico.

Le cure dirette allo stato morboso dell'ovaia e tessuto circumambiente, non impedirono all'epilessia la sua continua e progressivamente crescente gravezza. Non fu minimamente efficace neanche la terapia diretta alla nevrosi, poichè la epilessia durava e moltiplicava i suoi accessi fino ad aversene uno ogni due ore. Che cosa vinse e trionfò delle convulsioni epilettiche, istantaneamente in poche ore, quando tutto il resto del piano curativo aveva fallito? fu *la correzione della anti e lateroversione uterina.*

Questa nevrosi cerebro-spinale era indubitabilmente secondaria, reflessa, o sintomatica della versione uterina; dopo le lesioni del cervello e dei nervi periferici, le affezioni dell'utero danno il maggior contingente all'etiologia della epilessia di origine reflessa.

Nessuna malattia del sistema nervoso, nè alienazione mentale, nè lesioni cerebrali o spinali nei genitori di questa nostra inferma. Niuna manifestazione d'indole nervosa innanzi al suo trentesimo anno d'età; infine in essa verun altro stato morboso coincideva con l'esplosione di quegli accessi convulsivi, all'infuori di un essudato flogistico intrapelvico e d'un vizio di posizione uterina.

È giusto quindi il pensare che pei nervi centripeti sia partita dalla pelvi una azione irritante che si è sfogata sul bulbo o su di altri centri motori della base del cervello (come quando l'eccitazione fosse derivata dalla zona epilettogena dell'Albertomi): causa ed azione eccitante che cessò d'essere, allorchè fu ridonato all'organo uterino la sua normale direzione.

Un'altra obiezione. Se è vero quanto afferma il Gueneau de Mussy e cioè che la clorosi è favorevole momento allo svolgersi di tutte le nevrosi ci si chiederà perchè l'epilessia nel caso nostro non potesse esserne stata una conseguenza. Rispondiamo che se ciò fosse stato, la epilessia non avrebbe avuto ragione di cessare quando la clorosi durava tuttora.

Di più l'epilessia si sarebbe mostrata prima, esistendo da lunga pezza quella condizione etiologica. Infine, la clorosi permanendo sempre grave ed immutata come sostenerne la dipendenza quando la semplice applicazione d'un pessario, la correzione del vizio uterino, istantaneamente toglieva questa epilessia?

Diciamo una parola ancora sulla *sterilità* che da varii anni si consocia alle altre condizioni morbose della donna in esame.

Prima di tutto, ricordando che in questa malata, mai flui la mestruazione, viene naturalmente l'idea di giudicare l'*amenorrea* quale causa della *sterilità*.

È noto però che donne state sempre amenorroiche, poterono divenire gravide, non ostante l'assoluta mancanza dei mestrui.

Ho ben presente alla memoria il fatto d'una giovane ventenne, la quale fu inviata all'Ospedale per la cura della clorosi coesistente e durante la sua dimora nelle infermerie, si scoprì ch'era gravida al quinto mese.

La mestruazione mai era comparsa. E questo non è il solo caso che possiedano gli annali medici.

D'altra parte è oramai certificato che in molte deviazioni dell'utero havvi compagna la sterilità; perchè gli stati morbosi che produssero gli spostamenti uterini, dettero occasione ad alterazioni funzionali delle ovaie e delle trombe.

Ci sembra per questo non infondato il dubbio che alla sterilità, nel caso nostro, abbia una non piccola parte causale, la flogosi sviluppatasi nei pressi dell'ovaia, tanto più che questa flogosi apparisce uno dei primi fatti morbosi osservati nella nostra malata.

Ma non ci è permesso di escludere qui come concausale la amenorrea assoluta (*da clorosi*) che se non sempre si oppone al concepimento, spesso però è foriera di sterilità.

BIBLIOGRAFIA

La vendita de' libri che vengono pubblicati per le stampe se non sempre decide del loro valore, ne rappresenta sempre il successo, e questo può essere un successo di stima, di curiosità o di vero interesse.

Il successo di stima si ha quando il libro porta il nome di un autore già molto noto e molto stimato, essendo il suo nome quasi una guarentigia della bontà del lavoro, ma quando questa non è riconosciuta o riconfermata dalla critica e dall'esame, la edizione si esaurisce tutta, ma non è riprodotta, il libro non tarda a cadere nel più completo oblìo.

Il successo di curiosità si ha quando il libro, anche che non appartenga ad un autore già noto e stimato e non offra un argomento degno dell'attenzione dei studiosi e dei dotti, offre le attrattive di un argomento piacevole e di opportunità che diventa quasi momentaneo interesse. Allora le edizioni si succedono rapidamente, rapidamente si esauriscono; ma appagata la curiosità, cessate le opportunità, il libro è destinato ancor esso all'oblìo.

Il successo d'interesse, d'utilità vera è fatto dalla serietà, dalla importanza, dalla novità dell'argomento e quindi dal bisogno che esprime, dall'utilità che presenta, dal progresso che afferma. Allora le edizioni si succedono con intervalli che aumentano, chè il tempo nulla ha tolto al loro interesse e non si può mai affermare che l'ultima venuta fuori non sia seguita da un'altra e poi da un'altra ancora, perchè chiesta da un pubblico e reale bisogno.

In quest'ultima categoria deve essere collocata la *Ostetricia in quadri sinottici* del Prof. O. Morisani. Una prima edizione comparve nel 1865, una seconda venne alla luce nel 1880 ed una terza, notevolmente ampliata e con l'aggiunta di due nuovi quadri, viene a provare la utilità e l'interesse di questo pregevolissimo lavoro, e noi oseremo affermare che questa edizione verrà esaurita come le altre e non sarà certamente l'ultima.

Questi quadri sinottici sono, secondo il concetto dell'autore, destinati a servire di guida ai pratici e agli studiosi e rispondono esattamente a questo utilissimo scopo. Tanto gli uni che gli altri nella sintesi metodica ordinata e rigorosa trovano per così dire condensato ciò che indispensabilmente è necessario ai bisogni della pratica ostetrica. E ciò dice con modestia non scongiunta da naturale coscienza del proprio valore lo stesso lavoro: « *Brevità e precisione, esposizione chiara e completa sono* (egli dice nella Prefazione) *le qualità indispensabili per un lavoro come questo. Non so se io sia riuscito. Questo*

solo mi è lecito affermare che una certa utilità trassero dal libro gli studiosi di ostetricia e i medici pratici dalle cui richieste fui incoraggiato a pubblicarlo per la terza volta. »

Il Prof. Pajot crediamo sia stato il primo ad immaginare simile sintetico lavoro per l'ostetricia, ma si limitò ad alcuni argomenti particolarmente alle operazioni. Il Prof. Morisani è andato più innanzi nel seguire con maggior ardore la via additata dall'illustre ostetrico parigino, riducendo la ostetricia in quadri sinottici con quell'abilità riconosciuta da quanti ne conoscono l'ingegno e la dottrina.

Il lavoro è diviso in 12 quadri e così distribuiti:

1. Del bacino. Del feto a termine.
2. Segni della gravidanza.
3. Segni della gravidanza secondo le epoche.
   Modo di calcolare l'epoca del parto.
   Gravidanza e parto gemellare.
4. Igiene della gravidanza — Aborto ed emorragia dei primi sei mesi della gravidanza.
5. Fenomeni fisiologici del parto.
6. Presentazioni e posizioni del feto.
7. Meccanismo del parto naturale nelle diverse presentazioni.
8. Del puerperio fisiologico — Della gravidanza extra-uterina.
9. Della distocia dall'utero e parti molli vicine — dal feto.
10. Dei vizi di conformazione del bacino.
11. Dell'eclampsia — Della rottura dell'utero.
12. Dell'emorragia puerperale.
13. Del parto prematuro artificiale — Dell'espressione — Del parto forzato.
14. Della versione — Del rivolgimento.
15. Forcipe — Leva — Uncino ottuso.
16. Dell'embriotomia.
17. Della sinfisiotomia — Del parto cesareo.
18. Accidenti del secondamento — Cure al neonato.

Questi 18 quadri sono un trattato vero e completo di ostetricia destinato a riuscire, non che utile, necessario a chiunque voglia senza molta pena acquistare e ricordare della ostetricia quelle nozioni che sono la guida sicura di chi si dà e trovasi nell'esercizio della pratica ostetrica. E. R.

Nel numero di Gennaio-Febbraio 1885 di questi *Annali* fra la rassegna di lavori stranieri ve n'ha una del Prof. Luigi Mangiagalli di una memoria tedesca: Heilbrun: *Beiträge zur totalextirpation des carcinomatösen Uterus* (Contribuzione alla esportazione totale dell'utero canceroso, *Certralblatt f. Gynaek*, N. 5 e 6, 1885). Essendo l'argomento all'ordine del giorno e trovando una breve relazione su questo soggetto nella *Britsh Medical Journal*, N. 1263, 21 marzo 1885,

non sarà discaro al lettore nè fuori di luogo farne un cenno non solo, ma tradurre l'articolo per intero per vedere quali siano in proposito le idee degli inglesi. È una relazione fatta alla Società ostetrica di Londra il 4 marzo u. s.

Estirpazione dell'utero. — L'aggiornata discussione sullo scritto del Dottor W. Duncan sull'estirpazione dell' utero canceroso, fu riassunta da Sir Spencer Wells che fa osservare come gli oratori precedenti fossero troppo decisamente avversarie al principio di questa operazione, e specialmente il sig. Thornton, che non solo condannò l'asportazione dell'utero, ma pure l' uso della *curette*, e vorrebbe che qualsiasi terapia chirurgica si limitasse all' amputazione del collo ed all'uso del cloruro di zinco. Le osservazioni del sig. Dorau sulla disposizione dei linfatici tendevano allo stesso scopo, poichè ammettevano il timore, che fosse pure nei primi tempi della malattia, questa avrebbe raggiunto tale stadio da essere impossibile il rimoverla. Il Dr. Playfair respinse assolutamente l' operazione dicendo che la diagnosi non poteva essere posta con assoluta certezza se non quando era troppo tardi e disse preferire l'operazione del Sim (amputazione seguita da uso di cloruro di zinco) all'estirpazione, basandosi sul fatto che reca maggior sollievo ed è meno pericolosa. Egli (Spencer Wells) si oppose alle conclusioni di Playfair, per il suo caso di estirpazione di utero canceroso, che se l'ammalata fosse stata lasciata a sè stessa, o si fosse fatta l' operazione del Sim, la durata della vita sarebbe stata nessuna avuta considerazione ai pericoli dell'operazione. Il fatto era che questo metodo di cura era stato provato e mancato, e l'operazione era stata fatta dopo tentato di diminuire i dolori, e dopo coscienziosi pensamenti quanto al rischio di provocare travaglio prematuro.

Il resultato immediato dell'operazione fu soddisfacente, in quanto si ebbe grande miglioramento avanti la recidiva che terminò con morte dopo un anno. In certi casi, senza alcun dubbio, il cloruro di zinco, o bromuro, o acido cromico, o il cautere attuale (se l'ammalata non è gravida) possono bastare a trattenere l'andamento della malattia per un anno o più, ma nei più dei casi, non si fece alcun bene, forse si recò più danno con questi metodi di cura che con cure più semplici. Egli mostrò un pezzo ricavato da un' operazione di Sim, esportato da Sim stesso. Egli raschiò con cura tutto il tessuto ammalato, applicò cloruro di zinco e l'escara che cadde rappresentava forse tutto l'utero; l'ammalata campò dopo, soli quattro mesi ed ebbe sofferenze tali come se non avesse avuta alcuna operazione. Egli quindi paragonava l'amputazione del collo canceroso alla esportazione parziale di una mammella cancerosa, e sostiene che se sir I. Paget non possedesse un caso di guarigione (che sopravvive da dieci anni senza recidiva) dopo l' amputazione del seno, come si operano i casi di cancro della mammella, sarebbe giustificata l'estirpazione totale dell'utero, quand'anche non si avessero migliori risultati. Inoltre i risultati di Olshausen e di Schroeder fanno pensare che metodi operativi perfezionati daranno migliori resultati in seguito. V' era ancora molto da imparare nei dettagli dell'operazione, ed il perfezionamento nella diagnosi e nell'eseguire l'operazione presto, daranno minore mortalità, cioè ritardata la recidiva, o forse guarigione completa. Egli spera che il verdetto della Società ostetrica non sarà la condanna di tale operazione. Il Dott. Priestley crede che le statistiche non apprezzano abbastanza la frequenza del cancro, e come esso sia più frequente in certi posti che in altri.

La malattia è tanto terribile che ogni nuova operazione per vincerla dovrebbe essere un desiderio serio perchè riesca. Le due questioni cui si doveva rispondere per l'estirpazione totale dell'utero, erano: 1) guarigione pronta; 2) recidiva? Alla prima si risponde adesso con piena soddisfazione, non così alla seconda. Considera quanto dice il Dott. Giovanni Williams, che cioè l'operazione qualche volta favorisce il progredire del male rimuovendo tessuti che avrebbero impedito il suo avanzarsi, e mettendolo in condizioni di poter più presto invadere parti profonde più di quello che farebbe la malattia lasciata a sè stessa; egli pensa che questo si verificò in qualche caso. Egli, per queste ragioni, non è nelle attuali condizioni, partigiano dell'esrirpazione dell'utero per cancro.

Riferisce un caso nel quale era stato esportato un tumore del collo uterino l'estate scorsa, e così abilmente che la cervice si era rifatta così bene da giustificare il verdetto di diagnosi errata. Senonchè dopo tre settimane recidivò e presto invase la vagina, però l'ammalata è ancora viva e in relativo benessere, grazie a semplici palliativi, consistenti in tannino, solfato di zinco e iodoformio polverizzato. I casi acconci per un intervento chirurgico sarebbero quelli di cancro giovane del collo, nei quali sembra possibile l'estirpazione totale del male. Diversi di questi casi ebbero buon esito per diversi anni.

Forse, in alcuni casi più inoltrati, il rimuoverlo fin dove si estende e far seguire la cura palliativa, è giustificato; altri casi egli credè bene lasciare a sè stessi. Egli pensa che si dovrebbe aver conto dello stato mentale di un'ammalata che va incontro ad un'operazione. Non dispera che si scopra qualche rimedio per il cancro, specialmente dopo le recenti scoperte sui tubercoli che hanno qualche analogia col cancro. Il Dott. Graily Hewitt accorda che al giorno d'oggi le statistiche non sono sufficienti per ben fissare il valore dell'estirpazione dell'utero canceroso. L'amputazione del collo per epitelioma era senza discussione operazione di gran valore: ma la cura dei casi dove la malattia si era estesa più in alto era dubbiosa. Egli ha condivisa la responsabilità nel consigliare l'estirpazione nel caso di Sir S. Wells, e pensa che il resultato ha giustificata l'opinione emessa. Devesi rammentare che l'ammalata era gravida e che l'estirpazione dell'utero gravido allora (tre anni e mezzo fa) non era, per quanto si sappia, stata fatta. Ogni caso ha giustificato l'esportazione dell'utero ogni volta che fu possibile. Insiste sulla necessità di diagnosi sollecita; nei più dei casi la malattia si era troppo estesa, avanti che persino si fosse sospettata. — Il Dott. Galabin dice che la maggioranza degli oratori concordavano in questo che, nei casi ordinari di cancro del collo uterino, non si deve estirpare l'utero. Questo modo di considerare la cosa, al quale era giunto lo scrittore dopo due casi operati, era quella sempre sostenuta dal Dott. Galabin, che sempre fu avversario della operazione e mai l'aveva eseguita nè consigliata. Il cancro del collo può avere origine in qualunque punto di esso, ma il più delle volte comincia in vicinanza dell'orificio esterno. In seguito si estende tanto lungo il canal cervicale che asportando il collo con l'*écraseur*, sempre si lascia un germe nella superficie interna del condotto cervicale. Ma si estende fin sopra alla parte vaginale del collo, e se l'utero fosse estirpato la linea di sezione sarebbe più vicina al punto dove è più esteso, cioè alla superficie della vagina. Non è stato dimostrato che nell'estirpazione totale si possano fare i margini della ferita più ampi che nella amputazione sopravvaginale, operazione che si può fare anche se la malattia ha

invasa la vagina; e quand' anche fosse necessario aprire lo spazio del Douglas, questa operazione sarebbe molto meno pericolosa che l'estirpazione totale. Le sue esperienze col cloruro di zinco furono molto migliori di quelle di Sir S. Wells. Non escise la neoformazione a pezzi, ma tutta insieme, ed applicò il cloruro di zinco da 10 a 14 giorni dopo. Generalmente il taglio oltrepassa il tessuto invaso, in diversi casi però non fu così e per questo non era compensata l'operazione; ciononostante i resultati furono buoni. In due casi l'ammalata si ripresentò senza recidiva, ma con amenorrea dovuta ad ostruzione del canal cervicale. Avuto riguardo al rimuovere la malattia non crede si possa paragonare il cancro dell'utero con quello della mammella che generalmente è carcinoma. Nel collo uterino (nei suoi casi) era dapprima epitelioma che passava presto allo stato di cancro midollare. Nel cancro del corpo crede giustificata l'estirpazione dell'utero. La diagnosi, creduta difficile, è possibile fin dapprimo per uno che conosca bene la mucosa uterina sana. Non ha avuto conseguenze brutte (come quelle riportate dal sig. Thornton) per l'uso della *curette*. Ho usato generalmente la curette smussa che asporta solo parti superficiali. In un caso dopo il raschiamento e l'applicazione di acido nitrico nella cavità, l'ammalata migliorò tanto che si sospettò errore diagnostico. Però dopo un certo tempo recidivò. — Il Dott. Edis pensa che l'estirpazione vaginale è giustificata da una mortalità del 28.6 per cento, che non è maggiore di quella dell'ovariotomia nei primi tempi. La mortalità dell'amputazione sopravaginale è solo del 7.25 per cento e la tendenza alla recidiva non maggiore che nell'estirpazione totale. Il poter far presto la diagnosi è quel che si vuole: però le malate o aspettano a farsi visitare, o i loro medici fanno troppo tardi consulti con gli specialisti. Le malate preferiscono un'operazione ed una malattia lunga e senza speranza. Con le nostre limitate cognizioni attuali, non si può dire che l'estirpazione dell'utero canceroso non sia giustificata, se fatta presto. Il Dott. W. Duncan spera che il risultato della discussione sia che non si faccia l'estirpazione dell'utero, per cancro del collo. Se avesse conosciuti gli scritti di Ruge e di Veit sull'anatomia patologica del soggetto in discorso, non avrebbe fatta la sua prima operazione. Considera giustificata l'operazione nel cancro del corpo uterino, e la curette è un buon aiuto alla diagnosi, perchè non ha mai trovato che il suo uso portasse cattive conseguenze. Non avrebbe mai creduto che la mortalità dell'estirpazione fosse così bassa quanto quella dell'amputazione sopravaginale.

RASSEGNA DI LAVORI NAZIONALI

G. Romiti. — *Nuove osservazioni sulla struttura dell'ovaia umana.* I. *Il rivestimento epiteliale ed il suo significato.*

I fatti che adesso comunico relativi alla struttura della ovaia nella donna, sono il riassunto di molti studi che io ho condotto in questi ultimi anni. Essi hanno più specialmente per scopo di completare ed estendere quanto in varii altri lavori io resi noto, e confrontare, con nuove ricerche, le mie osservazioni con quelle di alcuni anatomici che recentemente si sono occupati dello stesso argomento.

I punti che più particolarmente a me preme togliere in esame circa la struttura minuta dell'ovaia muliebre sono i seguenti:

1.° Forma e significato del rivestimento epiteliale dell'ovaia.

2. Disposizione dei giovani follicoli nella bambina e resti di inflessioni o produzioni epiteliali nell'adulta.

3.° Condizione del rivestimento epiteliale dell'ovaia nella gravidanza.

Oltre al materiale di studio che ho sempre potuto avere abbondante e talvolta abbastanza fresco (6-10 ore dopo la morte), debbo tener conto d'una speciale facilitazione avuta dai Prof. Chiara e Spediacci. Il primo mi donò una porzione delle due due ovaia di donna gravida a termine ed alla quale egli aveva praticata la operazione del Porro per stenosi pelvica: il secondo mi offrì le due ovaie normali d'una donna sulla quale egli eseguì la ooforectomia normale alla *Battey-Hegar* per grave istero-epilessia. Ne esprimo loro i più sentiti ringraziamenti. Utilissimo inoltre mi fu l'esame di certe mie antiche preparazioni tolte da una freschissima ovaia con una piccola ciste, ma normale per una gran parte sua, che Köberlè mi donò a Strasburgo nel 1873 assistendo alle sue laparotomie.

I.

Per quanto riguarda la forma ordinaria del rivestimento epiteliale dell'ovaia, le mie nuove osservazioni mi hanno condotto ad un risultato straordinariamente importante: *essere cioè questo rivestimento epiteliale di diversa forma nei vari punti della superficie del viscere.*

Tutti coloro che hanno descritto il rivestimento epiteliale dell'ovaia (epitelio germinale di Waldeyer) lo hanno descritto egualmente conformato in tutta la

superficie di essa: varia la forma sua nei vari mammiferi, ma su ognuno di questi è sempre identico ed uniforme. Ed io pure (1) nella minuta descrizione che diedi dell'epitelio ovarico dei vari mammiferi compresa la femmina della nostra specie, lo descrissi uniforme. Nella donna l'epitelio è ammesso di forma cilindrica corta, quasi cubica, con le sue cellule disposte col loro asse diretto perpendicolarmente alla superficie dell'organo e misurante in media 15 millesimi di millimetro di altezza. Invece ora posso asserire che questa, è vero, è la forma della maggior porzione dell'epitelio ovarico, ma vicino a questa si ha epitelio tanto schiettamente cilindrico che cortissimo. Notisi che non parlo di possibili cambiamenti nella gravidanza, dei quali, mosso dal diligente lavoro di Cuzzi e Bertè (2), riferirò altra volta.

Il risultato migliore che ottenni da ricerche in questo senso, fu quello dello studio delle ovaie donatemi da Spediacci. Queste appartenevano ad una donna di 33 anni, stata gravida varie volte e che per una istero-epilessia ribelle ad ogni altra cura, fu assoggettata alla ooforectomia. L'operazione, alla quale io assistei, fu condotta colla massima cura: le due ovaie libere da qualsiasi aderenza furono poste appena estratte in liquidi conservatori: la sinistra in liquido di Müller, la destra in alcool che spesso furono cambiati. — Le due ovaie avevano apparenza normale: nella destra era un corpo luteo di poco tempo, ed esistevano aderenze antiche tra alcune lacinie del padiglione con la superficie dell'ovaia. Più specialmente per lo studio del rivestimento ovarico mi valsi della sinistra meglio spiccatamente normale, e serbai l'altra preferibilmente per il parenchima e per il corpo luteo. Tagliai nella ovaia sinistra due quarti della sua massa alternandoli: così ne vidi completamente una metà: li posi in acool ordinario, poi assoluto, quindi in cloroformio e gli inchiusi lentamente in paraffina nella stufa di Schrön. Per mezzo del microtomo di Thoma ne feci una grandissima quantità di sottili e complete sezioni che colorai col carminio allumico di Grenacher e che pazientemente esaminai. Uguale trattamento usai con le altre ovaie esaminate: specialmente quelle avute dalla cortesia di Chiara e altre di donne morte in gravidanza avanzata e tolte dal cadavere.

La maggior parte dell'epitelio che rivestiva la ovaia era cilindrico corto o cubico ed alto in media 10 millesimi di millimetro: vicino a questo in qualche punto, e in specie nelle due faccie del viscere, appariva un epitelio a cellule piccole, corte, misurante appena 4 millesimi di millimetro in altezza. Tra le prime e queste non vi era reciso distacco, ma sibbene le prime passavano insensibilmente nelle seconde come un di quelli epiteli detti da Henle di transizione. In altre porzioni della superfice del viscere, senza determinata predilezione si mostravano tratti ricoperti da spiccatissimo epitelio cilindrico a cellule strette ed alte 22 o 23 millesimi di millimetro: anche queste si continuavano insensihilmente colle altre, tanto colle cubiche quanto colle cortissime e quasi pavimentose.

---

(1) V. specialmente la mie: Istologia speciale, Siena, 1882, pag. 136. ed i vari miei lavori citati nella *Embriogenia*, I.

(2) Bertè e Cuzzi. Contributo alla Anatomia dell'ovaio della donna gravida (Riv. Clinica di Bologna. Luglio, 1884).

Notato questo fatto, mi interessava verificare se alla superficie delle ovaia umana che potevo studiare esisteva epitelio vibratile. È saputo come qualche anno fa il De Sinéty (1) studiando appunto una freschissima ovaia umana tolta dalla vivente, trovasse alla superficie di essa l'epitelio vibratile: sembra esclusa, quale causa d'errore, si trattasse invece di epitelio del padiglione; e nemmeno sembra fosse questione di quella speciale forma di *endotelio vibratile*, tanto chiaramente posto in evidenza da Paladino (2) nella pleura, nel pericardio, nella aracnoide e in parte nel sangue.

Non so di altre osservazioni consimili, ma poco dopo io feci ricercare se questo fatto si poteva verificare nei vari mammiferi, e feci esaminare dal Dottor Basso, ed esaminai io stesso, epitelio freschissimo delle loro ovaia senza trovare mai epitelio vibratile (3). Nemmeno nelle ovaia di donna adesso esaminate trovai epitelio vibratile, che non sarebbe stato difficile, almeno in parte, trovarlo anche nelle sezioni condotte come ora ho descritto.

Il non avere verificato la osservazione di De Sinèty non impugna menomamente la verità del di lui reperto, che possiamo benissimo darne la spiegazione: solamente possiamo ritenere che questa da esso lui trovata sia possibilità non tanto comune, nè, d'altra parte, le osservazioni sull'ovaie umane freschissime e sul loro epitelio che facilmente si distacca col più lieve soffregamento del polpastrello non sono ancora tanto comuni, e solamente adesso gli Anatomici possono sperare valido appoggio nel materiale che possono loro offrire i Chirurghi.

Le ricerche embriologiche maggiormente estese ed indirizzate più comparativamente, il significato che ai foglietti embrionali ed ai tessuti dobbiamo adesso assegnare obbligano a modificare alquanto, non il concetto fondamentale, ma la interpretazione ed il significato che il rivestimento epiteliale dell'ovaia ha relativamente al rivestimento peritoneale; ed il nuovo fatto che io ho mostrato può servire a vieppiù collegare il rapporto tra le due sorta di elementi.

Conseguentemente alla nota teoria del *Celoma* (Coelomtheorie) di *O* ed R. Hertwig (4), al lavoro dei quali si collegano quelli di His (5), di Waldeyer (6), di Kölliker (7) e di Haeckel (8), la distinzione genetica classica tra endoteli ed epiteli, travestimenti di cavità chiuse e di cavità aperte non ha più ragione di essere: può solo mantenersi come pura distinzione morfologica. Tralasciando ora il modo di intendere l'origine del tessuto epiteliale, che questo condurrebbe alla critica della dottrina del *Parablasto* e dal *Archiblasto*, con-

---

(1) De Sinèty. Soc. de Biologie. Dec. 1881.

(2) G. Paladino. Sur l'endothélium vibratile chez les Mammifères. (Archives ital. de Biologie, Tome III, 1883, pag. 437.

(3) Ne riferì Basso-Arnoux in: Spallanzani, 1884, pag. 209.

(4) O. und R. Hertwig. Die Coelomtheorie. (Ienaisch. Zeitschr, 1882).

(5) His. Die Lehre vom Bindesubstanzkeim. (Arch. für Anat. 1882, pag. 62).

(6) Waldeyer. Archiblast und Parablast. (Arch. für mikr. Anatomie XXII, 1883).

(7) Kölliker, Die embryonalen Keimblätter und die Gewebe (Zeitschr f. Zoologie, 1885, XVIII, pag. 179).

(8) Haeckel. Ursprung und Entwikelung der thierischen Gewebe. (Icn. Zeitschr. 1885, XVIII, pag. 206). Siccome in questo lavoro vi è ancora una vivace polemica anche contro Kölliker, questi ha risposto in modo personale nei: Sitzbr. d. Würzb. Phys-med. Ges. Febr. 1885.

tro la quale distinzione, nel modo voluto da His, io sempre mi pronunciai (1), è intanto da stabilire che ognuno dei tre foglietti embrionali può dare origine ad epitelio: di rivestimento e glandolare l'ectoderma e l'endoderma: rivestimento della cavità viscerale (celoma) il mesoderma.

Come giustamente osserva Waldeyer (2), poichè queste mie nuove osservazioni sono nuove prove del suo giudizio sopra il rivestimento del celoma, la ragione più potente per la quale si formano gli epiteli si è il disporsi le cellule embrionali che li originano, su di una superficie esterna e libera; questo fatto, posto in chiaro nelle glandule secernenti e nella mucosa respiratoria ed intestinale, si applica ancora alla ipofisi del cervello ed alla glandula tiroide, se si pensa al loro modo di sviluppo embrionario. A riguardo delle capsule surrenali non possiamo ancora asserire nulla, poichè non è anche completamente studiato il loro sviluppo; è tuttora in dubbio se nascono dalle cellule della adventizia dei grossi vasi addominali, o sieno dipendenza del gran simpatico.

L'esistenza di varie forme di rivestimento epiteliale che io ho verificato sulla superficie dell'ovaia umana, è un dato di fatto che si può porre in relazione con l'altro ben noto della possibile esistenza di epitelio cilindrico vibratile qua e là sulla superficie peritoneale degli anfibi. Riflettendo poi che primitivamente tutto il celoma è rivestito di cellule disposte come epitelio e che parte di queste ne conservano anche nell'adulto il carattere, dobbiamo sempre più riconoscere che tutto il rivestimento del celoma o della cavità viscerale è un vero epitelio (Kolliker, Waldeyer).

Come ho sopra accennato, è specialmente alla applicazione della teoria del celoma dei fratelli Hertwig che si è appoggiata questa dimostrazione, poichè secondo quella teoria il celoma non sarebbe una cavità chiusa, ma di derivazione intestinale, ed essa nei vertebrati superiori, mostrerebbe sempre il rudimento della primitiva comunicazione intestinale, come negli animali assai inferiori (Echinodermi, ecc.) si forma da diverticoli pari dell'archenteron. Forse, io credo, l'applicazione della ingegnosissima teoria della quale adesso è parola, non si può veramente ancora accettare come dimostrata nei vertebrati superiori, e benchè le ricerche di Hatschek (3) sembrerebbero aver provato quanto Kowalevsky (4) aveva già veduto circa la esistenza d'un enteroceloma nello Amphioxus, pure le belle osservazioni di Bellonci (5) hanno fortemente scossa questa convinzione, della quale in modo troppo assoluto è stata recisamente negata l'applizione nei vertebrati superiori da Kölliker. Ma io ritengo che, per il momento, possiamo prescindere dalla teoria dei fratelli Hertwig per la questione che ci occupa. Infatti che la cavità viscerale, nel nostro caso la peritoneale non sia cavità perfettamente chiusa mostrano gli orifici dei canali segmentari dei selachi e degli embrioni di altri vertebrati, e l'ordinario ostio addominale della tuba. Possiamo perciò ritenere che pur mantenendosi il carattere epiteliale in tutto il

---

(1) V. Verbali 2 luglio 1882, e Arch. ital. de Biol., 1883. T. II, pag. 277.

(2) Waldeyer. Parablast, pag. 61.

(3) Hatschek. Entw. d. Amphioxus. (Arb. Zoolog. Inst. Wien IV, 1881).

(4) Kowalevsky in: Archiv. für mikr. Anat. XII.

(5) Giuseppe Bellonci. Blastoporo e linea primitiva dei vertebrati. (Atti Lincei. Roma 1884. Vedi spec. pag. 11 e 41 dell'estratto).

rivestimento cellulare del celoma, esso, nello sviluppo cambi di forma: si facciano le sue cellule larghe, piatte e sottili per tutto l'ambito peritoneale e, in generale, nella cavità viscerale, e si conservino cilindriche o si faccian cubiche, conservino cioè il carattere dei comuni epiteli sull'ovaia e nell'ostio tubario. Avverrebbe qui quanto avviene tra il rivestimento epiteliale dei bronchi e quello degli alveoli polmonari, rivestimento di eguale origine intestinale, e di varia forma: epiteliale cilindrico il primo, piatto, sottile e largo, tanto da avere apparenza di endotelio, come già insistè Ranvier (1), il secondo. Il paragone tra il rivestimento delle vie respiratorie e quello del celoma è straordinariamente istruttivo, se si pensi alla origine ed alle varie forme del secondo. Come ben accenna Paladino (loco cit., pag. 55) l'endotelio costituisce una sola famiglia con l'epitelio, e vi ha solamente differenza di grado tra la loro configurazione e le loro manifestazioni funzionali.

Riconosciuto di natura epiteliale tutto il rivestimento peritoneale, noi dovremo dare alla parola *endotelio* un puro significato morfologico e convenzionale: intendendo con essa il rivestimento epiteliale delle sierose: nè ora tocco la questione dei vasi. Di più noi dovremo modificare quella asserzione formulata prima da Waldeyer e segnata da altri e da me pure, che, cioè, l'ovaia non abbia rivestimento peritoneale, che sia fuori del peritoneo. Lo dobbiamo modificare nel senso di non riconoscere sull'ovaia uno strato peritoneale, una sierosa isolabile come sopra gli altri visceri. L'epilelio peritoneale, e lo dirò colla stessa espressione di Waldeyer (2), all'ilo dell'ovaio cambia la sua forma pavimentosa in quella cilindrica dell'epitelio germinale ed in questo modo passa senza interruzione sulla superficie dell'ovaia; lo strato connettivo della sierosa si disperde nello stroma dell'ovaia senza poter essere isolabile o distinto della così detta Albuginea del viscere.

Io intendo da questa comunicazione aver posto in evidenza che la forma dell'epitelio dell'ovaia umana è varia.

Aver inoltre riconosciuto, con altri anatomici, che tutto il rivestimento peritoneale è di natura epiteliale.

---

(1) Ranvier. Traité technique, ecc. Paris, 1877-82, pag. 251.
(2) Waldeyer. Loco cit., pag. 68.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Vol. VII. Luglio-Agosto 1885 N. 7-8.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

PERITONITE GENERALE IN GRAVIDANZA

NOTA CLINICA

del Dott. GIUSEPPE CHIARLEONI

Professore Direttore della R. Scuola d'Ostetricia e Chirurgo primario dell'Ospedale Maggiore di Vercelli.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

La peritonite, che per la sua grande frequenza è tanto studiata in puerperio, attende ancora un adequato posto fra le malattie della gravidanza. In questo periodo del ciclo generativo la peritonite, perchè estremamente rara, è tenuta in poco o nessun conto dagli scrittori dell'arte ostetrica. Laonde, a nostro avviso, merita lode il Dott. C. Megras di Lunéville per averne tentato uno studio di insieme (Vedi *Ann. de Gyn.*, oct. et nov., 1883) con il suo lavoro dal titolo: « *De la péritonite développée pendant la grossesse.* »

In questo scritto l'A. riporta 13 osservazioni di peritonite in gestazione attinte a varie fonti.

Sotto il rispetto della etiologia per massima parte queste osservazioni dimostrano che la peritonite fu consecutiva a preesistenti alterazioni infiammatorie degli annessi uterini, alla presenza di tumori ovarici o alla loro rottura.

In un caso solo l'elemento etiologico sembrerebbe doversi ascrivere all'azione prolungata di un freddo intenso.

Addebitabile a quest'ultima causa abbiamo noi pure, or non è molto, constatato un fatto che in ragione della rarità non tornerà discaro ai lettori degli *Annali* di apprenderne i particolari, che a parer nostro hanno per sè un vero e reale valore.

Al postutto servirà, vogliamo sperarlo, a mantenere viva l'attenzione dei clinici su di una forma morbosa che non si potrebbe non ravvisarla interessante.

Osservazione. — Alle ore 9 pom. del 4 dicembre 1884, faceva passaggio, da una delle sale di medicina, nella annessa Maternità dell'Ospedale Maggiore di Vercelli, certa N. N., contadina di 32 anni, perchè in travaglio di parto prematuro spontaneo.

Dall'anamnesi remota risulta che in 9 anni di matrimonio ebbe con l'attuale 4 gravidanze. Le 3 antecedenti furono portate a termine; parti e puerperi fisiologici. Tutti tre i bambini furono da essa allattati per un tempo variabile fra i 14 e 15 mesi.

Benchè proveniente da paesi malarici, a suo dire, non sofferse mai di febbri intermittenti (?).

I dati anamnestici per il decorso di quest'ultima gestazione si riassumerebbero: nella cessazione dei menstrui sui primi di maggio 1884, in qualche appetito bizzarro nei primi mesi, e in parecchi accessi di febbre intermittente (in sul finire di agosto) debellati con il chinino.

Il 30 novembre 1884, dietro ad un prolungato raffreddamento di tutta la persona, la donna venne colta da febbre preceduta da un potente brivido che durò quattro ore circa.

Subito dopo si svegliarono forti dolori a tutto l'ambito addominale, con tosse catarrale insistente e affanno di respiro. Questo stato continuandosi, forzò la donna a chiedere ricovero nell'Ospedale dove appunto era accolta la mattina del 4 dicembre.

La sera il curante credendo di riscontrare segni di parto, ne procura il trapasso alla Maternità.

Dall'esame che tosto venne istituito dalla levatrice maestra, risultò che la donna era febbricitante. Temp. 39,2, polso 120, resp. 36. L'addome meteoritico è teso, è molto dolente al tatto per ovunque: l'utero in uno stato di permanente contrazione rende irrita la palpazione, e l'ascoltazione molto dolorosa lascia sentire a stento il doppio battito fetale, in parte mascherato dal polso materno frequentissimo. Vagina calda, collo pressochè scomparso, dilatato di 3 cent. circa; membrane foggiate a borsa permanentemente tesa. Parte presentata, alta, indecisa.

Senza apprezzabile progresso nelle condizioni del parto, la donna passò intiera la notte.

La mattina del 5, verso le 8, la trovai in condizioni generali assai gravi; meteorismo spiccato, dolorabilità squisita di tutto il ventre, sbarra epigastrica; respiro breve, frequente, interrotto da colpi di tosse secca; non nausee, non vomiti, che del resto la paziente non ebbe, dacchè s'iniziava la malattia, a provar mai.

All'esame fisico del petto, rilevai nulla di particolare al cuore; sfregamenti pleurici ad ambe le basi dei polmoni con ipofonesi spiccatissima e rantoli sparsi.

Da parte dell'utero trovai persistente uno stato di contrazione continua; bocca uterina aperta da 3 in 4 ctm., borsa tesa, vertice mobile sullo stretto superiore.

Il concetto diagnostico di quel primo momento fu di pleurite basica doppia con peritonite a frigore; e perciò il parto prematuro alle dipendenze di questi processi morbosi.

Intanto allo scopo di regolarizzare la contrattilità uterina feci amministrare subito un cristere con 15 goccie di laudano, che si ripetè due ore dopo. Ma nessuna modificazione sopravvenne nel corso di tutta la giornata. E la notte trascorse senza miglioramento generale e senza che la contrattilità dell'utero venisse modificata punto.

Alle 8 del mattino seguente la donna essendo minacciata da asfissia rompo le membrane e lascio colare in massima parte le acque, sperando migliorare le condizioni generali e respiratorie; senza vantaggio però, perocchè il meteorismo intestinale crebbe così rapidamente da rendere ancor più inceppato il respiro e il circolo. In allora (ore 10. 20 antim.) mi appigliai al consiglio di liberare al più presto la donna; e siccome nel tempo trascorso dopo la rottura del sacco, la testa flessa era discesa in posizione S. A. quasi al piano perineale, applicai il forcipe ed estrassi rapidamente il feto ancor vivo.

Lieve emorragia del secondamento che si vince col solo massaggio dell'utero.

Il feto prematuro (ottimestre) moriva 48 ore dopo di sclerema.

La paziente pure soccombeva ai progressi del morbo alle 7 pomer. del 7 dicembre.

Ecco il risultato della necroscopia fatta dall'assistente Dott. G. Bergonzo.

Cranio. — Nulla di notevole alla dura meninge, poco liquido citrino negli spazi subdurali; sostanza cerebrale lucentissima al taglio.

Torace. — Numerose pseudo-membrane intrapleuriche d' antica data (?), e spiccato edema polmonale. Al cuore nulla di notevole.

Addome. — Aperta questa cavità la si trova in parte occupata da copiosa quantità di liquido giallo rossastro tenente in sospensione numerosi fiocchi fibrinosi.

La superficie parietale del peritoneo è rivestita da uno spesso strato di fibrina.

Ugual fatto si osserva sulla superficie del fegato, della milza, degli intestini e degli organi del bacino. Il deposito fibrinoso agglutina insieme tutta la massa intestinale enormemente distesa da gas.

L' intestino internamente ha un' apparenza sana; fegato e milza alquanto più voluminosi del normale, ma non esorbitanti dai rispettivi margini costali. Rene destro assai grosso, il sinistro pressochè solo la metà del primo in volume; entrambe sani.

Ovaia, trombe, legamenti e utero sani.

In quest'ultimo però vi ha buona copia di sangue raggrumato.

Rifacendoci su quanto narrammo, ci sembrano essere circostanze importanti da rilevarsi:

1.° la mancanza assoluta dei vomiti e nausee che pure hanno tante parte nella sintomalogia della peritonite;

2.° la tetania dell'utero alle dipendenze della infiammazione della sierosa involvente;

3.° l'elemento causale del processo morboso, che in difetto di ogni qualsiasi stato patologico dei molteplici organi addominali e pelvici, non può essere ravvisato che nella azione di quel prolungato freddo a cui fu esposta la paziente poco prima dell'accensione della peritonite; la quale perciò deve essere ritenuta per primitiva e di un subito generale;

4.° e finalmente il parto prematuro a null'altro addebitabile che alla peritonite.

Gabinetto di Anatomia Patologica della R. Università di Palermo.

FETO PAPIRACEO E TRASFORMAZIONE FIBRO-GRASSOSA

DEL TESSUTO DELLA PLACENTA CORRISPONDENTE

(GRAVIDANZA GEMELLARE)

OSSERVAZIONE

del Dott. GIOVANNI COSENTINO

> S'il est certaines lésion qui, comme l'œdema du placenta, l'atrophie du placenta, l'hypertrophie du placenta, semblent plus particulierment, être des lésions consecutives à la mort du fœtus, cela n'a cependant rien de bien certain, et nous avouons que l'atrophie du placenta en particulier s'explique tres bien par les progrès successifs de la lesion placentaire.
>
> CHARPENTIER.

Un fatto, che abbastanza di frequente si presenta alla nostra osservazione, è la espulsione dell'ovo preceduta per un tempo più o meno lungo dalla morte di esso, e fa per dir vero, meraviglia che poco o nulla si sappia di preciso intorno alle lesioni primitive che possono dare origine a un fatto tanto frequente. Le cause generalmente invocate di molti aborti o parti prematuri soddisfano punto lo spirito, quando non siamo ancora arrivati con gli attuali mezzi di diagnosi alla conoscenza dello stato di buona salute o di malattia del feto, quando sfugge alle nostre ricerche una serie di lesioni placentari, che potrebbero fornirci la più esatta interpretazione di una gran serie di fatti fin oggi di problematica origine, e gettare un raggio di luce sui rapporti esistenti fra le alterazioni placentari, lo stato di vita o di morte del feto e l'aborto consecutivo. Alla espulsione di un feto morto e di una placenta morbosa ci troviamo quasi sempre imbarazzati a rispondere alla domanda, se nel caso in ispecie la placenta ammalò perchè il feto era morto; o se il feto morì, perchè la placenta era ammalata.

Fra le cause, che determinano, l'aborto troviamo le malattie acute della madre (polmonite, tifo, vaiuolo, scarlatina, ecc.), che si riverberano sul feto alterandone profondamente la respirazione, la circolazione e la calorificazione, e le malattie diatesiche, fra cui in primo luogo figura la sifilide costituzionale, che ha un'azione così manifesta sul prodotto del concepimento. Ma senza pregiudicare la quistione, queste stesse cause sono state presupposte come le più ordinarie delle alterazioni placentari; cosichè ci è concesso di credere che a queste alterazioni preceda la morte del feto, e se il maggior numero di volte non si riscontrano nella placenta lesioni apprezzabili, è per la grande tendenza che ha l'utero, morto il feto, a sbarazzarsi di questo.

È sotto un tale punto di vista degna di nota l'osservazione che qui presento, dove con la massima evidenza può dimostrarsi che l'alterazione della placenta seguì alla morte del feto avvenuta al suo completo sviluppo; alterazione che potè quasi svolgersi in tutte le sue fasi, essendo trascorso, per particolare condizione, un certo spazio di tempo dalla morte del prodotto al vuotamento dell'utero.

Sul far del giorno del 22 agosto 1884 fui chiamato di urgenza per recarmi presso la nominata Sansone Giuseppa in travaglio, per liberarla da grave metrorragia provocata dall'arresto della placenta, e fui molto più sollecito ad accorrere, allorchè intesi, che un collega vi stava ad attendere, dopo di essergli riuscito infruttuoso ogni tentativo di liberazione. Trovai una donna giovine, di robusta e sana costituzione, ben nutrita anzichè no, profondamente anemica ed in sincope. Polsi piccoli, occhi infossati, semiaperti, temperatura bassa. Per le sole forze della natura, in seguito a laborioso travaglio di circa 14 ore, era venuto a luce vivo un bambino del peso di 3000 grm., espulso il quale l'azione della matrice venendo meno ed affacciandosi minacciosa perdita, il collega che mi aveva precesso, mercè ripetute manovre, potè estrarre un sacco contenente un feto mummificato, e parte, strappata a piccoli pezzi, di una placenta, che aderiva fortemente all'utero. Rianimata la donna tentai l'estrazione della gran massa placentare rimasta in cavità; e riuscii non senza stento a portarla via, restando sul punto d'inserzione una superficie scabra, da cui pendevano dei cordoni fibrosi resistenti ad ogni valida trazione, e che fu prudente di lasciare in sito.

Si trattava di una gravidanza gemellare, i cui feti stavano racchiusi in due sacchi, provvisto ciascuno del corion e dell'amnios, il che dimostra la loro origine da due ovoli, come il più sovente avviene (1).

---

(1) Secondo lo Spaeth di Vienna i gemelli in 126 casi, 31 volte si sviluppano da un uovo unico, 95 volte da più; e secondo l'Alpheld 444 volte pervennero da due uova, 62 volte da un ovolo solo (Schroeder).

La specialità del caso mi spinse a ricercare altre notizie riguardanti la paziente, che in breve qui inserisco, e che potei raccogliere mercè l'aiuto della levatrice assistente al parto.

La Sansone nacque nel 1858 da genitori sani, mestruò regolarmente a 13 anni e andò a marito all'età di 19 anni nel dicembre del 1877. Non trascorse alcun intervallo apprezzabile tra imeneo e concepimento, e al nono mese meno qualche giorno si sgravò la prima volta felicemente di un maschio, che allattò 16 mesi, dei quali i primi sette senza flusso mestruo. Nel gennaio del 1882 scomparvero di nuovo le regole, indizio di una nuova gravidanza, che ebbe termine al nono mese con la nascita di una femmina viva e tuttora vivente. Parto spontaneo, puerperio fisiologico; la donna abbandonò il letto pochi giorni dopo. La storia dell'ultima gravidanza racchiude alcune particolarità più degne di ricordo.

Nel mese di dicembre del 1884 con la scomparsa delle regole, che fino ai primi giorni di novembre si erano sempre affacciate con perfetta regolarità, cominciarono a manifestarsi disturbi funzionali proprii della gravidanza, che in altre precedenti la donna non aveva mai avvertiti. Una certa eccitabilità nervosa, spesso causa di insonnio, la digestione non di rado disturbata, la nausea per molti cibi, la tendenza al vomito e talvolta il vomito alla presa degli alimenti travagliarono la gestante nei primi mesi, dimagrandola considerevolmente. Ma non appena scomparvero questi sintomi, che durarono parecchie settimane, subentrò un completo benessere; ritornato l'appetito, migliorò la nutrizione e fino al settimo mese la gravidanza decorse in perfetto stato fisiologico. Il fenomeno però, che attirava l'attenzione della donna, era un aumento straordinario nel volume del ventre da sembrare gravida di otto mesi, mentre essa era entrata nel settimo; e già aveva in mente di consultare la levatrice, allorchè una sera nell'avvicinamento col marito avvertì dei movimenti irregolari del feto, ai quali l'utero rispose con ripetute contrazioni dolorose al punto da metterla in apprensione di un parto prematuro, che venisse dal coito provocato. Se non chè col riposo della notte l'utero tacque e tutto rientrò in calma; ma la gestante allo svegliarsi avvertiva senso di malessere generale, lassezza, poca voglia di lavorare, non si sentiva ammalata, era bensì qualche cosa di vago e d'indeterminato che l'affliggeva. Sopracchiamata, la levatrice ad eccezione di un eccessivo sviluppo del corpo uterino, null'altro di anormale potè constatare.

L'ascoltazione, ripetuta sui varii punti dell'addome, rivelò l'esistenza di un solo battito fetale nel quadrante inferiore e l'anormale sviluppo del ventre fu ascritto a raccolta maggiore del liquido amniotico. E nell'ulteriore decorso non si manifestò mai alcuno dei sintomi del treno fenomenico, che accusano uno stato di sofferenza e la morte del feto; dolori addominali o lombari acuti e leggieri,

movimenti febbrili accompagnati da brividi, scoli sanguigni, ecc., nè l'ascoltazione, sebbene varie volte ripetuta poscia, poteva mettere la levatrice sulla via per conoscere le variazioni dedotte dalla stetoscopia, non avendo avuto prima dell'avvenuto accidente la necessità e l'occasione di consultare il cuore fetale. Con un decorso di gestazione così normale, presentandosi il feto per il vertice in multipara ben conformata, lodevolmente nutrita e forte, si avrebbe dovuto aspettare un decorso di parto simile in tutto nella durata e nell'andamento a quelli felicissimi precedenti. Eppure la cosa avvenne diversamente; l'utero al momento del parto, sebbene le contrazioni da principio si ripetessero con frequenza e regolarità, non ispiegò mai quella energia, che preconizza la breve durata del travaglio; le doglie furono sempre deboli, di breve durata, come espressione di uno stato di torpore, di debilitamento del corpo uterino, una specie di paralisi del suo potere contrattile.

Così la poca efficacia di dolori continui, assai penosi, spiegava bene la lentezza nella progressione del feto, che faceva un vero contrasto con le buone condizioni che sogliono rendere meno lunghi i periodi del parto; ampiezza normale della pelvi, pluriparità, presentazione del vertice di un feto piccolo. La diminuita energia della forza espulsiva della matrice non si poteva però rintracciare nello stato di morte del feto, o in quello della salute della madre; aspetto languido, pallore, dimagramento, flaccidezza alle mammelle, continue sofferenze durante la gestazione.

Espletato il parto, la Sansone rimase molto abbattuta, stremata di forze e profondamente anemica, e fu d'uopo ricorrere alle misture eccitanti, ai buoni brodi ed alla segala cornuta per mantenere la necessaria tonicità del muscolo uterino e per sollevare le forze della paziente.

Il puerperio decorse febbrile nella prima settimana, ma la temperatura non ascese mai al di là dei 39,5, e la lochiazione dei primi giorni di cattivo odore si corresse alle irrigazioni antisettiche due volte al giorno eseguite.

L'inferma guarì completamente e potè dare latte, così come praticato aveva nei parti precedenti, al bambino nato vivo, ma di mediocre sviluppo, il quale pesava 3000 grm. ed offriva le seguenti dimensioni:

Lunghezza dal vertice al coccige	. . . . .	ctm. 26
» » tallone	. . . .	» 47
Diametro sottocipito mentoniero	. . . .	» 13
» » frontale	. . . . .	» 11
» » biparietale	. . . . .	» 9

La massa placentare con le membrane appartenenti a questo feto non fu pesata, nè misurata, essendo stata in parte strappata a pezzi.

La porzione da me distaccata ed estratta non offrì all'esame microscopico nulla di notevole.

Un'attenzione particolare rivolsi invece allo studio dell'altro sacco, che aperto lasciò venire fuori un corpo fetale mummificato e poche gocce di liquido sieroso, denso, di colorito giallo-verdastro.

Tanto il contenuto quanto il contenente sono degni di nota.

Ciò che maggiormente colpiva l'occhio era l'atteggiamento del feto; quell'atteggiamento cioè che trova la sua ragione nella direzione particolare del suo accrescimento, che si riscontra sin dal primo momento del suo sviluppo e che conserva, finchè altre cause capaci di modificarlo, non intervengano. Il feto aveva subito tale cambiamento nella sua situazione da non riconoscere più l'attitudine caratteristica, cioè l'incurvamento sul piano anteriore.

Il corpo fetale è ripiegato e contorto sopra sè stesso in modo strano; schiacciato in varii sensi, la sua testa è compressa ai lati e ritorta sul collo, il mento guarda direttamente l'omero sinistro, il vertice finisce a cresta di gallo, il cuoio raggrinzito può sollevarsi a larghe pieghe. Le labbra sono ravvicinate fra di loro, ma formano una rima ritorta verso sinistra per le deviazioni del mascellare inferiore, il naso è depresso contro il mascellare superiore, gli occhi sono nascosti fra le pliche della pelle raggrinzata della faccia ed il loro bulbo è atrofizzato.

Un solco profondo divide il temporale dal parietale destro, il quale staccatosi dall'occipitale, dal frontale e dal margine superiore del parietale sinistro è spinto in alto e forma una vera cresta. Il tronco è piegato a doppio sulla sua faccia posteriore e l'angolo delle parti ripiegate corrisponde all'ultima vertebra dorsale. Il foro anale si vede così spinto in alto ed a sinistra sulla linea ascellare posteriore prolungata e dista tre ctm. dall'angolo inferiore della scapula. Il solco ischio femorale è trasformato in doccia, che accoglie il calcagno del piede destro, il quale a sua volta offre una scanalatura, dove poggia la superficie interna del collo del piede sinistro ritorto in modo sul suo asse, che con la faccia plantare guarda in avanti ed in alto, e con la dorsale in dietro ed in basso. Le coscie sono allontanate dal ventre e le gambe in semiestensione sono a queste ravvicinate. Le ginocchia e la regione ombellicale formano uno degli estremi dell'ovoide fetale.

Il feto pesa 340 grm. ed è lungo 30 ctm. La placenta, anche ad un'esame grossolano, per il suo assottigliamento, la sua durezza, la sua decolorazione lascia sospettare una grave alterazione di struttura. Il suo aspetto è quello di un bistecca, che forma una massa compatta, che si lacera in frammenti *filamentosi*. La faccia fetale è liscia, di colorito rosso-brunastro con chiazze nerastre, qua e là sparse sulla superficie. L'amnios e il corion hanno perduto la naturale trasparenza, sono grigio-giallastri, assai più spessi del normale, ma possono fra loro

separarsi con dolce stiramento. Messo ad indurire il pezzo in soluzione di acido cromico, il corion si può distaccare dalla placenta, alla quale sta attaccato per numerosi filamenti bianco-grigiastri, che sono tanti villi divenuti fibrosi. Il cordone ombellicale è lungo 64 ctm., assai sottile, con 60 giri sul proprio asse, che gli danno l'aspetto di rosario e che per il loro numero abbastanza grande mettono fuori dubbio la loro origine post-mortem.

La faccia uterina è di colorito rosso-nerastra, rugosa al tatto, pianeggiante, senza i solchi catatteristici, che dividono un cotiledone dall'altro. Lunga 21 ctm., ha la sua massima larghezza ad uno degli estremi di 14 ctm., mentre segna soli 10 ctm. nell'estremo opposto e pesa 180 grm. Tagliata trasversalmente mostra una tessitura uniforme e compatta, un colorito grigio-nerastro ben diverso dalla normale tessitura spugnosa.

Mi sia ora concesso di fare eseguire a questa storia, dirò così, narrata nelle sue principali particolarità, alcune brevi considerazioni, che riguardare possano e la causa della morte del feto e le consecutive alterazioni della placenta corrispondente.

Non è affatto raro nella gravidanza gemellare di potere constatare che uno dei feti sia molto più sviluppato dell'altro; dei gemelli ricordati dal Meissner uno pesava 980 grm. ed era lungo 38 ctm., l'altro completamente a termine e bene sviluppato morì nel parto. C. Martin mostrò alla Società Ostetrica di Berlino due gemelli nati vivi di diverso sviluppo; l'uno di 344 grm. e di 26 ctm., l'altro di 920 grm. e di 34 ctm. Questi casi ci autorizzano a credere che il crescere di un feto debba essere impedito dall'altro più grosso, e che quando per ragioni di spazio sono impediti i liberi movimenti, capita sovente, che uno venga espulso sotto forma di aborto, e l'altro continui a crescere; oppure, come nel nostro caso uno dei feti si dissecchi e si appiattisca sotto la pressione esercitata dal fratello, che si procaccia così maggiore spazio al suo migliore sviluppo. La prova eloquente, che la insufficiente capacità dell'utero limiti i movimenti nei feti e favorisca la pressione talora fatale, che l'uno esercita sull'altro, si trova nella forma speciale dell'atteggiamento del feto sopradescritto. La libertà nei movimenti del feto sta in ragione diretta dell'ampiezza dello spazio e in ragione inversa del suo sviluppo; difatti i cambiamenti di presentazione sono tanto più facili e più frequenti, quanto meno avanzata è la gravidanza, e sono molto più frequenti nelle multipare che nelle primipare. Il corpo del feto mummificato, come si vede nell'annesa figura I, ripiegato sulla colonna vertebrale, presentante una concavità dorsale, inversa cioè alla naturale curvatura, mostra che la pressione del fratello si dichiarò all'istante, in cui l'altro eseguiva un movimento capace di trasformare, una presentazione in un'altra, e che appena il diametro longitudinale del feto si trovò in corrispondenza dell'antero posteriore o del

trasverso dell'utero, un estremo dell'ovoide fetale con movimento irregolare venne spinto contro l'estremo opposto. È naturale che in una posizione anormale il feto doveva soffrire, e per trovarne una migliore dibattersi, al che reagì l'utero con contrazioni dolorose, come fu sopra notato.

La particolare circostanza di un movimento a lunga escursione nel settimo mese di gravidanza, darebbe una certa credenza all'opinione d'Ippocrate, che il feto fino a questa età si presenti per la pelvi, e che facendo poi una capriola si presenti per il vertice; idea che senza contestazione dominò parecchi secoli e che solo la grande autorità di Smellie, Solayrès de Renhac, di Baudelocque e di altri ostetrici eminenti potè combattere. Ma se il voltolone d'Ippocrate non gode più simpatia, la serie di osservazioni pubblicate dal Credè, dall'Heyerdahl, dal Valenta, dal Schroeder, da Schultze e dall'Hening parla direttamente contro l'opinione dell'immutabilità della presentazione. L'Hecker fece vedere che la presentazione e la posizione non si mantengono costanti neppure negli ultimi tempi di gravidanza, e l'ipotesi che nel nostro caso il cambiamento di forma nell'atteggiamento fetale abbia avuto la sua causa in un movimento di totalità ad epoca avanzata di gravidanza, trova la sua base solida nel grado di sviluppo del feto, nel grado e nella natura dell'alterazione placentare.

La placenta, di cui abbiamo sopra rilevato i caratteri fisici, dà molta luce alla patogenesi di una speciale alterazione, che di frequente colpisce l'organo transitorio della gravidanza. E mi sembra tanto più interessante il fatto, in quanto che di sovente ci sfugge la causa vera dell'alterazione, come sono concordi ad affermare coloro, che fecero argomento dei loro studii le alterazioni morbose della placenta. Abbenchè per l'operosità di un illustre cultore italiano, parlo del compianto Prof. Ercolani, che coi suoi pregiatissimi lavori tolse molto del nebuloso all'anatomia patologica della placenta, fossimo pervenuti al possesso di nozioni precise intorno ad alcune lesioni di quest'organo, pure non puossi negare, che nelle nostre conoscenze in proposito esistono tuttavia grandi lacune da colmare, e che ogni osservazione, atta a rischiarare un campo disseminato di dottrine vaghe ed errate, debba valere per un desiderato contributo, in un argomento che mercè l'impulso di novelli studii potrebbe un giorno condurre a utili applicazioni pratiche.

Dalle ricerche microscopiche, dallo studio cioè dei diversi preparati da me fatti e riveduti dal chiarissimo Prof. Sirena, a cui mi sono sempre rivolto per le opportune delucidazioni, il processo morboso placentare, che seguì alla morte del feto e per tale causa esclusiva, risulta di due lesioni distinte, dei villi e della decidua, della porzione fetale e della materna.

La forma morbosa in esame è un'associazione della trasformazione grassosa del tessuto mucoso del parenchima dei villi con la fibrosa degli elementi, che

costituiscono la porzione materna. Siccome il processo morboso cominciò ad iniziarsi nell'organo a completo sviluppo, allorchè venne meno l'attività funzionale, le apparenze del tessuto ammalato sono uniformi e l'esistenza dei vasi trombosati (fig. 1ª, Tav. 2ª) dentro i villi sono la ricomprova, che questi furono colpiti assai tardi.

Essendo due le lesioni che colpiscono le parti costitutive la placenta, dirò partitamente di esse nel tessuto dei villi e in quello della decidua, riserbandomi di accennare in ultimo all'influenza, che la cessazione della funzione esercita nell'alterazione di struttura dell' organo. A rendere più chiara e più ordinata la esposizione del risultato delle osservazioni microscopiche, giova richiamare alla mente qualche particolarità relativa alla struttura della placenta per avere così un punto di paragone fra lo stato normale delle parti e le alterazioni patologiche, che vi si riscontrano.

Sin dai primi momenti della gravidanza le villosità, che si sviluppano sul corion, sono formate di due parti; una interna, entocorion, parenchima, tessuto mucoso di Virchow, tessuto coriale di Robin; un'altra esterna, esocorion, il così detto tessuto epiteliale (1).

Nel centro del villo si trova un canale dove si distribuisce il vaso allantoideo. Dei villi così formati su tutta la superficie esterna dell'uovo, in un periodo della vita embrionale, una parte, villi del corion, si arresta nel suo sviluppo, si atrofizza per degenerazione del parenchima, mentre gli altri, villi placentari o cotiledonari, posti contro la superficie uterina, continuano a crescere di volume, a ramificarsi e costituiscono la placenta. Stando al Robin, che diede un'esatta descrizione dei diversi stati offerti dalle villosità coriali, molte di queste nelle uova più giovani, e parecchie anche in ogni età dell'uovo, sono notevoli per la grande quantità di granulazioni molecolari grassose, di cui è provvista la loro parete. La produzione di grasso negli elementi anatomici avrebbe la sua ragione nella diminuita e modificata nutrizione fisiologica dei tessuti; il deposito di grasso insomma non sarebbe altro che una complicazione naturale nelle villosità coriali, mentre costituirebbe nei villi placentari propriamente detti una vera forma morbosa (2). I villi destinati a formare la placenta restano sin dal bel principio circondati delle cellule, proliferanti della decidua serotina, dove s'immergono le diramazioni villose, e dove perdono il rivestimento epiteliale (Ercolani), restando formati dal sol tessuto fondamentale, che contiene nella sua parte centrale i vasi fetali.

---

(1) L'Ercolani nel suo eccellente lavoro sulle alterazioni patologiche portate dalla sifilide nella placenta umana ha dimostrato coll'eloquenza dei fatti, che l'involucro esterno dei villi è di origine materna, deciduale.

(2) Druit (*The Lancet*, 1853) descrisse come normale nei cotiledoni più esterni, alla superficie cioè della placenta, questa lesione, ritenuta anche un prodotto di flogosi, della placentite.

L'intima struttura del parenchima del villo poi, dopo lo sviluppo dell'ansa vascolare centrale, sarebbe formato fino a termine di gravidanza da una sostanza omogenea, trasparente, gelatinosa e da cellule a nucleo rotondo, piuttosto grosso, quivi contenuto. Ora, quali siano i mutamenti ch'ebbero luogo in conseguenza del processo morboso nei diversi elementi costitutivi i villi cotiledonari e la decidua serotina della placenta in esame, è ciò che vado in poche parole a descrivere.

Il tessuto delle parti malate, come si scorge dalla Tav. II, Fig. I, è formato da villosità unite da tessuto connettivo, da fibbre assai serrate fra di loro; e le villosità medesime appaiono simili a cordoni fibrosi, pieni e resistenti. La massima parte delle villosità sono corte, ovoidali, ripiene di granulazioni grigiastre più o meno ravvicinate fra di loro ed obliterate (Tav. II, fig. 1ª, N. 3).

In molte di dette villosità poi si vedono gocce grassose più o meno grosse fig. 1ª, N. 1. Questa particolarità anatomica si riscontra più o meno diffusa a tutti i punti su cui furono portati dei tagli; tanto al centro che alla periferia, alla faccia uterina che alla fetale; la totalità della massa placentare era alterata.

Il Barnes al contrario (*The Lancet*, 1853) nei casi da lui osservati vide una alterazione maggiore nelle villosità poste vicino alla superficie dell'utero. Nei lobuli più solidi notò che i villi erano più fragili, più deformati, e i vasi, nelle parti meno ammalate di volume normale, erano rotti ed avevano perduto la nettezza del loro contorno. Il Robin, trovando limitati i depositi grassosi, ammise che questi non erano che una complicazione dell'obliterazione delle villosità, e che perciò la denominazione di degenerazione grassosa data alla placenta così malata non sia completamente esatta. Parlano in favore di questa opinione i miei preparati, dai quali si rileva, che se la gran massa delle villosità offrivano le granulazioni grassose, o vere gocce di olio, non faceva difetto un certo gruppo di villi, il cui parenchima era formato di un materiale amorfo, trasparente, con poche cellule, piccole, rotonde, sparse in mezzo ad uno stroma connettivale; una forma morbosa speciale, che si avvicina invero di più alla trasformazione ialina. A tale riguardo sento l'obbligo di non lasciare inosservato il fatto, che nel pezzo patologico da me studiato l'elemento grassoso mancava nella parte più compatta del tessuto, dove cioè il processo morboso era arrivato allo studio di completa atrofia con sclerosi degli elementi anatomici; mentre in uno stadio meno avanzato di sviluppo del morbo l'elemento grassoso occupava molti punti del campo di osservazione. Opino quindi, che la presenza di una maggiore o minore raccolta di grasso nel parenchima del villo sia relativa allo stadio della malattia, ed in ciò sono d'accordo con lo Charpentier, il quale afferma che sarebbe sempre questo il modo di ammalarsi della placenta, quando dice: *In conclusione la malattia della placenta è una, havvi dapprima la degenerazione*

grassosa e la obliterazione delle villosità, e queste due lesioni non sono che gradi successivi di una medesima alterazione placentare.

Questa lesione, che il Robin descrisse sotto il nome di degenerazione fibro-grassosa e l'Ercolani di iperplasia ed ipertrofia cellulare del parenchima dei villi, corrisponde a molte di quelle che gli antichi chiamarono indurimento encefaloide, degenerazione scirrosa, cancerosa, tubercolosa della placenta, che si presenta sotto forma di masse grigie o brunastre, più dure e più compatte del tessuto normale della placenta.

L'Ercolani ripone nell'aumento di numero e di volume degli elementi cellulari del tessuto mucoso dei villi il carattere fondamentale e caratteristico della malattia. Ma rispettando l'alta autorità dell'illustre Professore di Bologna, sebbene mi sia trovato nella favorevole occasione d'istituire un confronto tra villi sani della placenta espulsa a completo sviluppo e villi malati della gemella, non mi riuscì di potere constatare tale interessante particolarità di struttura; che anzi, come fu detto, gli elementi cellulari della placenta morbosa erano di scarso numero ed atrofici. Di modo che attenendomi alla mia osservazione dovrei ritenere, che la lesione descritta come iperplasia ed ipertrofia degli elementi cellulari del parenchima del villo, sia una lesione ben diversa dalla trasformazione così detta grassosa.

Ne emerge conseguentemente, che la obliterazione del vaso centrale del villo, costante nelle due forme, debba essere interpetrata, nella ipertrofia iperplastica come l'effetto della pressione circolare degli elementi cellulari circostanti, e nella trasformazione fibro-grassosa, della trombosi che segue alla cessazione della funzione dell'organo, che arresta o diminuisce l'attività circolatoria del sangue materno attorno alla villosità. Altri autori, l'Hiffelsein e il Laboulbène, ad esempio, confusero l'apoplessia placentare con l'affezione in discorso, dal Druit considerata un fatto normale.

Il Neuman (*Ueber die sklerose der Placenta*, Konigsb 1860) descrisse una malattia nella quale la placenta diviene più dura e meno spongiosa, e la sostanza delle villosità è metamorfosata in tessuto congiuntivo, che racchiude delle molecole grassose. Questa forma di sclerosi, che l'Ercolani volle chiamare ipertrofia ed iperplasia deformante, potrebbe identificarsi con la fibro-grassosa del Robin.

Il pezzo anatomico che cadde sotto la mia osservazione, per i caratteri fisici che presentano le masse villose, atrofia o scomparsa degli elementi cellulari, esistenza di gocce di olio, ipertrofia ed iperplasia della sostanza fondamentale, che acquista un'apparenza fibroide e che dà l'aspetto grigiastro al tessuto, può adunque considerarsi come l'espressione della varietà descritta da Robin, quantunque in taluni punti, dove manca l'elemento grassoso, la varietà del processo è tale da potersi confondere con la trasformazione ialina dei tessuti.

L'altro fatto di non minore interesse, che il microscopio rivela, si riferisce alle alterazioni subite dalle cellule della serotina in tessuto fibroso trasformato. Nei tagli fatti alla periferia della superficie uterina della placenta, si vede del connettivo fibrillare in parte compatto, in parte lasso che forma un tessuto bianco grigiastro, e nei punti più sottili trasparenti (Tav. II, fig. 2ª).

Questa lesione, spesso limitata a pochì cotiledoni, nel nostro caso era diffusa a tutto il tessuto deciduale, il quale così trasformato, nella consecutiva retrazione naturale alla sua evoluzione, condusse, per la compressione esercitata sulle villosità, all'atrofia dell'organo; alla quale ultima fase contribuì anche l'alterazione delle tuniche vasali.

Sul processo di trasformazione delle cellule della serotina in tessuto fibroso rimando il lettore al lavoro di Ercolani; qui mi limito solo a notare, che le fibrille connettivali eran disposte in serie così regolare da farci credere assai esatta l'osservazione del citato autore, che quando le cellule della serotina dovranno subire la trasformazione in tessuto fibroso, si pongono in serie lineari, piuttosto regolari le une vicine alle altre. Essendo completa poi la trasformazione cellulare, non si rinvengono più tracce degli stessi corpuscoli o granulazioni del contenuto della cellula, che in una fase meno progredita del processo è facile di vedere. Ogni traccia di elemento placentare è scomparsa.

Ora se si domandasse perchè degenera la placenta e si atrofizza alla morte del feto, legandosi tale domanda, astrazione facendo da ogni idea di struttura, a quest'altra, che cosa rappresenta la placenta, ognuno dovrebbe rispondere che la placenta è l'organo dalla natura destinato a portare al feto i principii nutritivi che dalla madre ricava. Tale importante funzione fa sì, che essa deve conservare l'integrità della sua struttura, perchè la gravidanza raggiunga il suo termine. Che se l'organo non funziona più, o se, data una causa qualunque, la funzione viene ad essere disturbata, alterate le leggi generali che regolano lo sviluppo degli organi temporanei, deve subire alterazioni più o meno profonde sulla sua struttura. La placenta, dovendo nutrire il parassita uterino fino al completo sviluppo, tira dai tessuti coi quali si trova a contatto, il suo nutrimento, d'onde lo stato di attività, che sta in ragione diretta del bisogno del prodotto e del suo potere nutritivo.

Ma tutte le volte che il feto ha già un difetto nella forza di assimilazione o è morto, non potendo appropriarsi il nutrimento apportato dall'organo a ciò destinato, questo, perduta ogni attività funzionale, deve necessariamente morire. Il primo fenomeno dunque che alla cessazione della funzione dovrà avverarsi nell'organo, è la trombosi nelle diramazioni vasali delle villosità· In una parola, nei villi placentari alla morte del feto avviene ciò, che normalmente ha luogo in ogni gravidanza nelle villosità coriali, le quali, tostochè l'attività dell'organo

si concentra nelle villosità destinate a formare la placenta, venendo meno la loro attività, si obliterano per il dato e fatto della trombosi vasale, che è il primo fattore nell'atrofia. All'obliterazione atrofica dei capillari fetali segue l'ispessimento del tessuto connettivo circostante e la degenerazione consecutiva degli elementi, espressione di denutrizione del tessuto.

Fino agli ultimi tempi gli anatomici considerarono la degenerazione grassa, come un fatto dipendente da stravaso sanguigno, e si attribuì la tinta giallastra e la consistenza lardacea del tessuto alla trasformazione lenta degli elementi del sangue. L'osservazione di fatto mi convince dell'errore di questa dottrina.

Nei numerosi tagli praticati in varii punti della placenta non mi fu dato mai di trovare elementi caratteristici del sangue, globoli più o meno alterati, fibrina o cristalli di ematoidina, da poterne dedurre l'illazione che, all'indurimento della placenta precedette la effusione sanguigna.

Il modello adunque che presento, senza avere la pretensione di rispondere a tutte le obbiezioni, porta un poco di luce sul processo formativo della placenta fibro-grassosa: processo che mi sembra giustificato paragonarlo a quello stesso, che nello stato normale produce la scomparsa e l'atrofia delle villosità coriali.

TAVOLA I.

G. Tambuscio, dis. Poggi, inc.

TAVOLA II.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 1.

1 Granuli grassosi.
2 Vaso trombosato.
3 Vieli obliterati.

Fig. 2.

1 Connettivo fibrillare lasso.
2 » » compatto.
3 Vaso trombosato.

Ingrand. 700 diam.

G. Tambuscio, dis

Foggi, inc.

SULLA PATOGENESI DEI VARII VIZII DEL BACINO

STUDIO

del Dott. GUIDO BOLZONI

Assistente nella Clinica Ostetrica di Padova.

L'intiero meccanesimo secondo cui si producono i varii vizii del bacino, varia necessariamente a seconda della natura della causa deformatrice. E le cause sono molteplici ed agiscono variamente, ora isolate indipendenti, ora aggruppate diversamente, o l'una all'altra sovrapposte. Per molto tempo tutte le deformità dello scheletro furono attribuite ad una sola causa, il rachitismo; ora ciò non è più sostenibile da alcuno, lo studio accurato e progressivo ha fatto conoscere che le cause sono molte. Il numero ne è sì rilevante che gli autori di ostetricia cercarono in raccoglierle in gruppi omologhi, di classificarle.

Quindi vennero in tempi successivi proposte, molte classificazioni, tra le quali mi pare che meglio corrisponda al punto di vista presente — la patogenesi — quella offerta del Depaul, che è poi accettata dalla maggioranza degli autori moderni (1).

Eccola:

1.° Rachitismo.

2.° Osteomalacia.

3.° Anomalie di sviluppo.

4.° Deformazioni precedenti d'una parte dello scheletro contigua alla pelvi.

5.° Lesioni locali traumatiche o spontanee, fratture, lussazioni, tumori, ecc.

Il modo con cui queste cause agiscono nel produrre le deformità pelviche è diverso a seconda della diversa natura, ma presenta però degli elementi fondamentali che sono a tutte comuni. Ciò risulterà evidente dal proseguìo di questo studio, ma si può sin d'ora enunciare che si riduce:

---

(1) Depaul. Artic. Bassin. — *Dictionnaire Encycl. des Sciences Méd.*, par A. Dechambre. — Porro. Artic. Bacino. — *Encicl. Medic. Ital.*

a rammollimento della sostanza ossea;
pressioni meccaniche e trazioni muscolari;
eccesso o deficienza ad aberrazione di sviluppo;
otturazione, infine, della cavità pelvica.

Il più spesso le cause notate agiscono secondo molti di questi meccanismi raramente secondo uno solo. La rachitide, ad es., non solo diminuiece la resistenza ossea ma porta anche arresto di sviluppo, mentre d'altra parte il peso del tronco e le trazioni muscolari vengono ad aggiungere alla sua, le loro azioni.

Ciò posto, i bacini deformati presenteranno dei caratteri speciali a seconda della causa? Così è difatti; e benchè lungamente posto in dubbio specialmente in Francia ormai è da tutti accertato che ogni qualvolta abbia agito una sola causa, od un gruppo simile di cause ne risultano deformità caratteristiche e specifiche. Così un bacino rachitico si distingue a colpo d'occhio da uno osteomalacico, o da una esostosi, da una frattura.

Ma nulla di assoluto in medicina, e perciò devesi aggiungere che le cause non agiscono isolate ma talvolta si associano e ne risultano quindi bacini con caratteri misti; qualche cosa di ambiguo che rende difficile, talvolta impossibile classificarli. Quindi si deve con Naegele concludere: il più spesso i bacini portano l'impronta della causa deformatrice e possono così essere classificati secondo i loro caratteri eziologici; mentre altre volte la natura della causa è oscura, complessa, o si dissimula tanto da non poter classificare i bacini in un posto piuttostochè in un altro.

Da queste considerazioni generali consegue che la patogenesi dei vizii pelvici va studiata in relazione alla causa, e così si farà seguendo l'ordine della classificazione eziologica surriferita del Depaul, con la riserva di riassumere infine quanto si andrà man mano svolgendo nei singoli punti in modo che ne risulti una sintesi soddisfacente.

Ma per arrivare facilmente a tale meta mi sembra che sia la strada più facile e piana, l'istituire il confronto con la genesi del bacino normale, poichè in tutte le ricerche biologiche la cognizione del fatto fisiologico deve precedere quella del fatto patologico.

« Un giusto concetto di azioni disordinate — dice Herbert Spencer ne' suoi « *Data of Ethics* — include una precognizione delle azioni ordinate; la scienza « patologica dipende nei suoi progressi dal progresso della fisiologia. Anche « l'idea più rozza ed empirica sulle malattie presuppone una idea dello stato « normale di cui sono deviazioni. » Ed inoltre è una nozione accertata che le leggi secondo cui si producono i fenomeni fisiologici restano valevoli anche per i fenomeni patologici, e continuano solo modificate per i nuovi elementi che agiscono sull'organismo. Nel fattispecie di cui si tratta è notevole, e lo si mostrerà, la evidenza di una tale verità.

Genesi della forma normale del bacino femminile adulto.

Posto che la forma del bacino fetale si debba all'influenza della legge d'eredità, per la quale attraverso i secoli vengono trasmessi non solo i caratteri specifici, ma ancora le modificazioni che sono conseguenze dell'esercizio della vita, è importantissimo vedere le cause alle quali si deve che un bacino di feto si trasmuti in quello d'un adulto. Queste stesse, come verrà dimostrato, per maggior forza o durata, od agendo su tessuti troppo cedevoli danno origine alle forme patologiche del bacino.

Seguiamo rapidamente i caratteri della pelvi fetale la quale differisce marcatamente dall'adulta.

Nel feto il promontorio del sacro non fa quasi sporgenza anteriormente; le vertebre superiori del sacro con le ultime lombari formano una superficie leggermente convessa in avanti, il cui punto più sporgente si trova al disopra dell'area dello stretto superiore. Manca anche il più spesso la curva lombare della rachide. Con l'avanzare della vita intrauterina l'angolo sacro vertebrale si fa più manifesto ma resta sempre molto più aperto che nell'adulto.

L'angolo pelvio-vertebrale, al contrario, che è aperto al davanti e misura la inclinazione del bacino è sensibilmente lo stesso che nell'adulto (Wood-Campana) (1).

E la situazione elevata del promontorio rispetto al pube non dipende da eccesso d'inclinazione ma bensì del grado diverso di sviluppo del sacro e dell'osso cosciale, come lo prova la storia dello sviluppo del bacino e l'anatomia comparata (Joulin) (2). L'escavazione è stretta, cilindrica, ed il suo asse è pressochè una linea retta. Nel sacro la larghezza è minima in confronto dell'altezza. Le pareti iliache non sono sormontate da una cresta piegata in S ma piatte dirette in avanti. La distanza delle spine fra loro è uguale a quella delle creste. Le branche orizzontali del pube molto corte, l'arcata forma un angolo acuto. Le pareti della pelvi convergono in basso, ed i diametri antero-posteriori sono proporzionalmente maggiori dei trasversi. Questo rapporto inverso a quello dell'adulto dà un carattere d'inferiorità antropologica, anzi quasi di animalità del bacino fetale, e non cessa che ad un'età molto avanzata, relativamente, della vita extrauterina.

Barnes ha data la seguente tabella del rapporto dei diametri del distretto superiore secondo l'età (3).

---

(1) *Dictionn. Encycl. des Sciences Med.* Dechambre.
(2) Joulin. *Traité complet d'accouch.* Paris 1867, pag. 809.
(3) *Principles of Midwifery.* Dixième édjt., 1843, pag. 23.

Età anni	Diametri ant.-post.	tra:
9	7	7
10	8	8,5
13	8	9,5
14	9,5	10
18	9,75	11,5

Da questo si vede che solo dopo i nove anni sparisce il carattere fetale del bacino, ed anche che l'accrescimento è poco sensibile negli anni che precedono lo stabilirsi della pubertà.

Nel feto infine non esistono differenze sessuali.

Queste vedute ammesse generalmente furono contraddette ultimamente dal Fehling, il quale nel suo lavoro: « *Sulla forma del bacino nel feto e nel neonato e dei suoi rapporti con il bacino dell' adulto* » asserisce che già nel feto si trova accennata distintamente la forma che avrà il bacino nell'età adulta, e che siccome allora non è ancora entrato in azione il peso del tronco nè la trazione muscolare, così in mancanza d' altre ipotesi si è obbligati a considerare anche la forma adulta dovuta ad una disposizione originaria.

Certo l' ereditarietà influisce grandemente sulla forma delle pelvi, ma il Fehling è andato troppo in là assegnando esso solo come causa, e la riprova ce la fornisce la patologia. Come vedremo più avanti ogni qualvolta sono anomali quei fattori, che noi riteniamo generatori della forma pelvica, anche questa diviene anormale ed in modo che dimostra indiscutibilmente il mezzo causale tra i due fatti.

Dalla forma fetale del bacino come deriva la forma adulta?

Quali sono le cause e quale è il loro modo di azione?

La risposta vien data da quella parte delle scienze biologiche che è la meccanica animale, la quale ha raggiunto ai tempi nostri sì ragguardevole altezza e perfezione. Tra i suoi lodati cultori vanno notati in riguardo agli studi nel bacino i nomi di De Fremery, Duncan, Litzmann, Leopold, fratelli Weber, H. Meyer, Fehling, Hirigoyen.

A completare il quadro della genesi della pelvi fisiologica occorrono, prima d'inoltrarci nella meccanica, alcuni cenni sullo sviluppo delle ossa e sul loro processo di ossificazione.

Il bacino ha per prima origine il foglietto medio del cappuccio caudale, ma soltanto nella porzione superficiale, poichè la porzione profonda appartiene all'intestino terminale. Così il cappuccio caudale è spesso chiamato fossetta pelvi-intestinale.

L'unione dell'intestìno con la pelvi è passeggera e lo sdoppiamento la fa sparire nell'uovo umano verso la fine della seconda settimana, secondo le più probabili valutazioni. Cominciato a questo modo lo sviluppo del bacino non si compie che verso i 25 a 30 anni dopo una lunga serie di molto interessanti fenomeni.

L'*osso dell'anca* da cartilagineo diventa gradatamente osseo per mezzo di tre punti di ossificazione primitivi, e di otto complementari. I punti primitivi compariscono dalla metà del secondo mese al quarto e la completa ossificazione non accade che dopo i 18 anni. Le date che sono assegnate per lo sviluppo delle ossa in generale non hanno niente di assoluto, ciascun autore ne propone differenti; il loro cammino è assai ineguale secondo i varii soggetti, può essere ritardato, sospeso e perfino arrestato in modo definitivo, come ad es., nei nani, la cui conformazione è regolare sotto ogni rapporto eccettochè l'ossificazione dello scheletro che presenta i caratteri infantili.

I tre punti primitivi ed il loro tardo saldarsi ci spiegano la divisione molto antica dell'osso cosciale in ileo-ischio-pube; queste tre ossa ed i punti primitivi essendo una cosa sola. Costantemente il punto iliaco apparisce il primo verso la sesta settimana nel centro circa dell'asse; l'ischiatico dopo i due mesi fra la tuberosità e la spina; il pubico al quarto mese nella branca orizzontale presso l'angolo. Crescono rapidamente in principio poi rallentano il loro sviluppo. Al nono mese già sfiorano la cavità cotiloidea e solo verso i 15 anni si saldano. Durante questo periodo restano separati da una stella cartilaginea a tre raggi, il cosidetto Y cotiloideo.

I punti complementari non compariscono che molto tardi, verso i dieci anni; uno per l'eminenza ileo-pettinea, uno nell'acetabolo, l'altro fra l'ileo e l'ischio.

Il primo molto di spesso resta diviso nelle femmine, secondo Beclard, e rappresenta un rudimento dell'osso marsupiale dei didelfi. Verso i sedici anni compariscono l'epifisi marginali pressochè simultaneamente.

Lo scancellarsi dell'Y cotiloideo ed il riunirsi dell'epifisi marginali comincia a 18 anni e si compie verso i 30, epoca in cui solo è completa la fusione di tutti i punti ossei, e le dimensioni del bacino ugualmente che quelle di tutto il corpo cessano il loro accrescimento.

Il sacro si compone ordinariamente di cinque vertebre saldate insieme, raramente di sei, più raro ancora di quattro. Lo sviluppo delle vertebre sacrali non differisce nel fondo da quello delle vertebre in generale. In punti di ossificazioni sono cinque primitivi, uno mediano che produce il corpo della vertebra, due laterali anteriori e due posteriori che producono le lame dell'anello, i rudimenti costali.

La forma del sacro, sì differente da quella della colonna lombare e pure composta dagli stessi elementi, si spiega col cambiamento di posizione dei punti ossei primitivi che si spostano lateralmente ed anteriormente, e tanto più per le ultime vertebre. I punti complementari producono l'apofisi spinosa ed il rivestimento delle faccie laterali superiore ed inferiore della vertebra. L'apparizione dei punti primitivi ha luogo d'alto in basso dal terzo mese della vita intrauterina al primo anno dopo la nascita. L'epifisi intervertebrali, spinose e marginali si formano dai 10 ai 20 anni. La fusione dei punti di ossificazione ha luogo progressivamente dal basso in alto dai 12 ai 16 anni, e la saldatura dei pezzi componenti tutto il sacro, pure dal basso in alto, incomincia verso i 16 anni e termina verso i 30.

Il coccige ci fornisce un esempio di costante e normale arresto di sviluppo. Consta di quattro, raramente di cinque pezzi. I nuclei di ossificazione primitivi sono tre per la prima vertebra, uno solo per le altre. Appariscono solo verso i sei anni, e più tardi ancora i nuclei epifisari. La saldatura procede dal basso in alto e presenta nei varii individui grandissime irregolarità, ed in generale non si completa mai nel sesso femminile.

Articolazioni pelviche. — Oltre le ben note sinfisi pelviche esistono nei primordi dello sviluppo delle articolazioni transitorie che hanno i caratteri di *anfiartrosi.* Si trovano all'unione dell'ileo-ischio-pube e fra i varii pezzi del sacro e del coccige. Nel principio le sinfisi sono vere articolazioni mobili con cartilagini a superficie libere, ma poi per produzione di villosità fibro-cartilaginose si saldano fra loro dalla periferia verso il centro; in quelle destinate a scomparire vi ha produzione di tessuto osseo.

Fu notata tale ossificazione estesa alle unioni sacro-iliache, e persino, benchè raramente, alla sinfisi del pube in bacini sotto ogni altro rispetto normali (1).

Dal punto di vista meccanico il bacino è un anello osseo che trasmette il carico della colonna vertebrale sulle gambe. Per mezzo delle sue tre sinfisi esso possiede una certa cedevolezza senza perciò scapitare nella stabilità; fa quindi da sostegno senza resistenza rigida, il che è di grande importanza negli improvvisi sopraccarichi, per es., nell'urto del piede contro il terreno alla fine d'un salto.

È il sacro il mezzo per cui si trasmette a tutto il bacino il carico della colonna vertebrale. In esso va distinta la *parte pelvica* e la *parte perineale.* La parte pelvica risulta formata dalle tre false vertebre superiori le quali sole si

(1) V. Hyrtl, Napoli 1871. — Sappey, Napoli 1878. — Saemmerining siones embr. num. 1799. — Campana, Dictionn. Dechambre. — Quetelt, Beclard, Cuvier, Dictionn., 1885.

uniscono con gli ilei; la parte perineale in in un col coccige che la continua pende libera, chiude in basso e indietro il bacino e forma con la prima una curva a concavità anteriore di circa un quarto di cerchio.

Le ossa innominate formano la parte laterale ed anteriore dell'anello, riunite al davanti nella sinfisi del pube. Ai lati e verso l'avanti stanno le cavità cotiloidee per le quali il carico del bacino si trasmette ai femori. Prima però della completa ossificazione l'osso innominato consta di tre parti e nell' Y cotiloideo si ha un punto di minore resistenza.

Al sacro il peso del tronco arriva per mezzo della colonna vertebrale. È questa una colonna curva la quale però all'epoca della nascita presenta due sole curve e ben poco marcate, cioè la cervicale e la dorsale. La curva lombare apparisce soltanto dal secondo al terzo anno di vita. La resistenza di una colonna curva è tanto più grande per quanto è maggiore il numero delle sue curve, e precisamente è uguale al quadrato del numero delle curve più uno. Ciò si spiega considerando che la forza in una colonna curva si decompone in due, una agente secondo la verticale, l'altra che tende ad aumentare il grado di curvatura; ma se quest'ultima è inferiore alla elasticità della colonna va perduta e non si trasmette che la prima componente; così avviene nella colonna vertebrale fisiologica.

Il peso quindi che arriva sul sacro, e precisamente sulla prima vertebra si può rappresentare con una verticale passante per i tubercoli anteriori dell'atlante, per la sesta vertebra cervicale e la nona toracica, supposto il corpo nella posizione eretta-posizione militare. Questa verticale che è la linea di gravità del tronco passa prolungata per la terza vertebra sacrale, restando il promontorio al davanti di essa nell'adulto.

Perciò è realmente sulla terza vertebra sacrale che agisce il peso del tronco e le tre vertebre superiori sacrali vengono a far parte della curva lombare della rachide, convessa al davanti.

Questa curva lombare va in conseguenza considerata più estesa che non s'intenda comunemente, giungendo essa dalla nona vertebra toracica alla terza sacrale. La concavità posteriore è riempita dai muscoli sacro spinali che tendono nella loro contrazione ad aumentare il grado di curvatura.

Da tutto questo si spiega lo sviluppo del promontorio del sacro. Appena segnato nel feto, per disposizione ereditaria, si produce nell'adulto perchè il peso del tronco agente nella linea di gravità si decompone nella curva lombare in due direzione, in una — secondo la verticale — tende ad abbassare il sacro nel bacino; nell'altra — tangente alla curvatura — aumenta il grado di curvatura cioè spinge al davanti il promontorio del sacro fino al limite della tensione elastica della colonna. Non solo, ma la sporgenza sarà aumentata da ciò che il sacro

con le sue prime vertebre è saldamente fissato agli ilei e non può abbassarsi nel bacino.

Il peso del tronco arrivato al sacro e precisamente, secondo la linea di gravità, sulla terza vertebra sacrale viene trasmesso agli ilei, ciascuno dei quali sopporta la metà del peso.

Il modo di questa trasmissione presenta delle interessanti particolarità.

A prima vista il bacino apparisce come una volta architettonica, la quale riposi sulle due teste dei femori e di cui il sacro sia la chiave.

Ma, mentre in una volta architettonica la chiave s'incastra come un cuneo dall'alto, si trova che il sacro è più largo in basso ed in avanti che non in alto ed indietro, per cui il paragone non regge.

Gli ilei si uniscono al sacro direttamente solo con la parte anteriore-inferiore della loro porzione posteriore; la parte posteriore-superiore — tuberosità — per contro oltrepassava di molto il piano posteriore del sacro; e da tutto il loro piano interno vanno alla superficie posteriore del sacro dei fortissimi legamenti — *legamento vago posteriore* — e questi sono adatti a sopportare il carico del sacro, e sono pur essi che formano la chiusura di volta del bacino

Il sacro caricato tende i legamenti sacro iliaci posteriori; questi tendono ad avvicinare fra di loro le due tuberosità iliache; ma fra esse è appunto rinchiuso il sacro, il quale sarà tanto più fortemente serrato per quanto più il carico tenderà ad abbassarlo nel bacino. Così è assicurata la stabilità e solidità della chiusura della volta.

Le due ultime vertebre lombari che con le tre prime sacrali formano la parte inferiore della curva lombare, partecipano alla condizione del sacro e servono pure a trasmettere il carico sugli ilei per mezzo dei robusti ligamenti ileo lombari.

Il bacino riposa sulle teste dei femori; una linea di unione tra essi — linea bifemorale — rappresenta la linea di sostegno del bacino. La linea di gravità del tronco, che finisce alla terza vertebra sacrale, prolungata cadrebbe all'indietro della linea di sostegno; dunque la gravità tende ad abbassare la parte posteriore del bacino ruotandola sulle teste dei femori. A questo movimento si oppone il legamento ileo-femorale che giace al davanti dell'asse di sostegno. Peso e tensione del ligamento influiscono alle due parti opposte dell'asse dell'osso iliaco e si trovano fra loro in equilibrio. Il bacino risulta quindi di una leva angolare (1) per la quale la linea bifemorale è l'ipomoclio.

Siccome le due forze — peso e tensione del legamento — sono in equi-

---

(1) *Angolare* perchè la terza vertebra sacrale, la cavità cotiloidea, e l'inserzione del ligamento ileo-femorale non sono tra loro in linea retta, ma formano un angolo aperto in alto.

librio, così la loro risultante passa per l'ipomoclio ed il bacino è premuto sui due capi del femore.

La forza con la quale il bacino è premuto contro i due capi del femore, o con altre parole la *contropressione dei femori*, è proporzionale al peso del tronco. La sua direzione è quella della diagonale del parallelogramma costruito con le linee rappresentanti il peso del tronco e la tensione del ligamento ileo-femorale. Siccome questo parallelogramma si sposta nei movimenti del bacino così la direzione della *contropressione* è variabile con l'inclinazione della pelvi.

L'esperienza poi dimostra ch'essa è sensibilmente nella stessa direzione del collo del femore, diretta cioè dal basso in alto, dall'avanti all'indietro.

Si deve ancora notare — e ciò spiega ad evidenza le dimensioni preponderanti del diametro trasverso del distretto superiore — che la tensione dei legamenti sacro iliaci posteriori, la quale avvicina fra loro le tuberosità iliache allarga la parte opposta dell'ileo, cioè le spine anteriori superiori, e tenderebbe ad allontanare i pubi fra di loro se non fossero uniti dalla sinfisi. Per questa causa la sinfisi pubica è sottoposta ad una trazione che tende ad allargarla; ma un'altra ancora ne sopporta, ed ecco il come: Il peso del tronco giunto al sacro si bipartisce in due ilei, e rappresentato geometricamente sarebbe una linea che per ciascuna metà del bacino, è diretto d'alto in basso, dall'interno all'esterno, dallavanti all'indietro fino ad incontrare i due estremi della linea bifemorale, l'asse di sostegno. Quivi si può, ciascuna, decomporla in due componenti una delle quali è diretta verticalmente in basso, l'altra orizzontalmente in fuori. È quest'ultima che rappresenta la trazione sulla sinfisi del pube cui fu accennato.

Per ultimo si deve notare che nella posizione seduta la base di sostegno è rappresentata dalle tuberosità ischiatiche; in conseguenza si avvicina maggiormente alla parte anteriore. Le tuberosità sono allora compresse l'una verso l'altra, ed il tronco tende tanto meno a cadere all'avanti per quanto si trova allungata ed allargata in questo senso verso la superficie di sostegno mercè le coscie piegate ad angolo retto.

Riassumendo questa analisi dovuta ad H. Meyer (1) il bacino cresce adunque sotto l'influenza di tre forze — *pressione del tronco* — *contropressione dei femori* — *trazioni sulla sinfisi pubica*, le quali essendo in equilibrio danno luogo alla forma normale.

I muscoli potenti che tutto all'intorno s'inseriscono al bacino e lo collegano al tronco ed agli arti inferiori contribuiscono al mantenimento dell'equilibrio notato, ed al regolare sviluppo della forma del bacino; come in generale di tutte

---

(1) G. Hermann Mayer. *Die statik und Mechanik des Menschlischen Knochengerustes.* — Leipzig, 1873.

le ossa dello scheletro. Verità questa di cui tanto si avvantaggia la moderna ortopedia, la quale con l'esercizio speciale di provincia di muscoli corregge deformità gravissime, un tempo ed altrimenti giudicate inamovibili.

Anche il peso dei visceri della cavità addominale ed il loro differente sviluppo contribuisce all'ampiezza specialmente del grande bacino ma con un'influenza molto limitata. Nella posizione eretta i visceri pesano sulla parete muscolare anteriore più che sulla pelvi.

Le differenze sessuali della pelvi adulta sono abbastanza notevoli per far sì che dal solo esame del bacino secco si possa riconoscere il sesso. Però non sempre sono egualmente marcate e non sono rari i casi in cui è quasi impossibile la distinzione.

Per causa di tali diversità sessuali si è assegnato lo sviluppo degli organi genitali che sono contenuti nella piccola pelvi; e la prova è tratta dallo stabilirsi questi caratteri solo all'epoca della pubertà, poi dal mancare nei casi di arresto di sviluppo dei genitali, e nelle donne castrate dell'Asia. Ma altre cause vi concorrono, come si vedrà anche nella genesi del bacino rachitico, cioè il peso del tronco di fronte ad una minore resistenza del tessuto osseo femminile. Con l'aumento di peso e capacità di resistenza sempre uguali G. H. Meyer ha dimostrato sperimentalmente la esattezza di questa opinione. Su bacini di bambini da uno a due anni ha potuto produrre la forma femminile tenendo fissati i due femori e spingendo fortemente in basso la colonna lombare.

Così mi sembra che sia data soluzione congrua al quesito più sopra proposto: come la forma femminile adulta derivi dalla fetale, quali le cause e quali il loro modo di azione.

Visto il modo in cui corrono le cose nel campo fisiologico veniamo a ricercare quello che succede nel campo patologico, ossia la patogenesi dei varii vizii.

Riferendomi a quanto ho detto nel principio studieremo la varia patogenesi riferendoci alla classificazione eziologica già esposta del Depaul.

1.° Deformazioni del bacino per rachitismo.

Col nome di rachitide s'intende quella malattia costituzionale delle prime epoche della vita, la quale si manifesta con una alterazione primaria — e rispettivamente con una proliferazione del tessuto costitutivo delle ossa — e con una ossificazione la quale è irregolare sì per il tempo in cui ha luogo, e sì per le alterazioni locali da cui è accompagnata. Questa malattia si presenta in determinate zone climatiche, frequentissima e col carattere di endemia in alcune

regioni e città — in Germania, Paesi Bassi, Francia, Inghilterra, Italia specialmente settentrionale — si trova raramente in Turchia e nelle Isole Joniche, e sembra essere sconosciuta nelle regioni tropicali e subtropicali come pure nelle grandi elevazioni (1000, 1500 metri sul livello del mare) Rehn (1). Sconosciuta od almeno rarissima nell'antichità comparve e fu studiata primamente nel 1620 in Inghilterra da Glisson, quindi osservata in tutto il resto d'Europa.

Non si può qui occuparsi dei suoi sintomi particolari, del suo andamento, delle sue cause quale affezione generale. Ciò che importa è relativo esclusivamente alle lesioni che essa determina nello scheletro e particolarmente nel bacino. Raramente congenita essa si spiega ordinariamente dai 18 ai 20 mesi e raramente più tardi fin dopo la pubertà. Su 346 casi esaminati da S. Guerin si manifestò come segue: avanti la nascita 3 volte; nel 1° anno 98; nel 2°, 176; nel 3°, 35; nel 4°, 19; nel 5°, 50, dal 6 a 13 anni 5.

L'accrescimento normale delle ossa si compie, scelto ad esempio un osso tubulare, mediante un'apposizione in lunghezza e spessore, la prima per accrescimento endocondrale, la seconda per accrescimento periosteo. Al che si aggiunga come terzo fattore l'aumento della cavità midollare per fusione del tessuto osseo già formato. Il processo di ossificazione endocondrale ha luogo nel modo seguente: — Krause, Klebs — le cellule cartilaginee che stanno sparpagliate aumentano per segmentazione e si stirano a strati, quindi si fonde la sostanza cartilaginea fondamentale e si formano gli spazii midollari. Le cellule — osteoblasti — che riempiono questi spazii midollari si dividono in due strati uno esterno su cui si deposita la sostanza ossea avviluppando le cellule che acquistano la forma stellata; l'altro interno attorno al vaso sanguigno ivi penetrato. L'accrescimento periosteo avviene più semplicemente; lo strato inferiore contiene degli osteoblasti dai quali proliferati si forma l'osso.

Nella rachitide si ha una localizzazione in questi strati che sono il punto di partenza per la formazione dell'osso; avviene cioè una proliferazione anormale, della cartilagine intermedia tra l'epifisi e la diafisi — accrescimento endocondrale — e dello strato inferiore del periostio, la quale va gradatamente usurpando la zona di deposizione calcarea, per cui ne risulta un tessuto a calcificazione irregolare ed insufficiente, ricco di sangue, molle, spugnoso che ebbe il nome di tessuto osteoide.

Queste alterazioni si manifestano ugualmente in tutte le ossa, le quali si presentano aumentate in grossezza d'aspetto poroso col periostio intimamente aderente, con replezione sanguigna, e notevole diminuzione di resistenza aumentata anche dal fatto che le trabecole ossee invece che la normale disposizione concentrica hanno una disposizione raggiata.

---

(1) Rehn. *Rachitide nel trattamento delle malattie dei bambini.* Gerhardt.

Chimicamente si è dimostrata una diminuzione dei sali terrosi.

Quando la malattia volga a guarigione succede una ossificazione più o meno rapida del tessuto osteoide molto abbondante per cui viene trasformato in osso molto compatto — eburneazione, sclerosi. — È a questo fatto che si deve principalmente il permanere delle deformità stabilitesi nelle varie ossa.

Da tuttociò risulta che vi ha rallentamento ed anche arresto di sviluppo, e questa influenza è tale che persiste anche dopo la guarigione, per cui le ossa rachitiche non raggiungono mai le proporzioni che avrebbero avute normalmente, specie in lunghezza solo possono perdurare gl'ingrossamenti epifisarii.

Nel decorso del morbo è notevole il cammino ascendente delle deformazioni che procedono costantemente dal basso in alto. Le tibie si curvano prima dei femori, e questi prima della rachide. Però questo dipende in gran parte dalla stazione verticale, quindi è diverso quando la malattia colpisce il bambino di pochi mesi che resta sempre coricato od al più assiso.

Il rammollimento delle ossa non basta però da solo a spiegare le deformazioni del bacino.

Il rachitismo in generale per sè non ha tendenza a produrre deformità, ma rende atto lo scheletro a deformarsi sotto l'azione di cause che nello stato ordinario sarebbero incapaci di produrle. Queste influenze sono tre principali: 1° il peso delle parti superiori del corpo; 2° trazioni fibrose e muscolari; 3° pressioni accidentali indipendenti dall'organismo.

Il bacino situato pressochè al centro del corpo è in una condizione favorevole allo sviluppo delle grandi deformità senza contare l'influenza delle pressioni della stazione assisa e del decubito orizzontale.

Le deformità prodotte nel bacino da rachitismo affettano comunemente tutte le parti costituenti questa porzione dello scheletro; però questo non è affatto costante poichè non è raro di trovare localizzate in un sol osso delle lesioni che offrono indubbiamente l'impronta delle alterazioni rachitiche. Un esame attento fa però molto spesso scoprire delle traccie anche nel resto per cui le pretese localizzazioni sono piuttosto ineguali ripartizioni degli effetti del processo morboso.

Si distinguono due forme principali di bacino rachitico: il cosidetto *bacino piatto* ed il *pseudo osteomalacico.*

La prima forma è caratterizzata in generale da appiattimento sagittale d'indietro in avanti e considerevole tensione trasversale; da forte inclinazione e specialmente infossamento del sacro nella cavità pelvica, e sua rotazione intorno all'asse trasversale, con posizione bassa del promontorio; da spianamento della concavità trasversale delle vertebre sacrali, da forte incurvamento dell'estremità del sacro e del coccige in avanti.

Nei casi avanzati anche una specie d'infrazione sagittale della cresta dell'ileo innanzi alla sinfisi sacro-iliaca. Le ali dell'ileo divergenti slargate in fuori. Le tuberosità dell'ischio divergenti, perciò l'arcata pubica più ampia, mentre gli acetaboli stanno rivolti in avanti. La sinfisi pubica alquanto depressa all'indentro.

La configurazione dello stretto addominale è reniforme, nei casi più gravi si avvicina alla cifra otto ∞. È alterato il rapporto dei diametri in modo che l'antero-posteriore è rilevantemente più corto del normale, gli obliqui di poco accorciati ed il trasverso normale o persino allungato. Quanto allo scavo ed al distretto inferiore si sottraggono in gran parte alla deformazione.

Nella seconda forma — pseudo-osteomalacica si trovano in parte le alterazioni ora descritte, ma ancora altre che riguardano il sacro; questo è abbassato e fortemente incurvato all'avanti.

Gli acetaboli sono spostati in sopra e indietro mentre la sinfisi è spostata in avanti a becco; e l'ingresso assume forma triangolare come una foglia di trifoglio.

I bambini affetti da rachitide o non hanno imparato a camminare od a causa della malattia sono costretti a rinunciarvi; prendono quindi nel letto una posizione semi-seduta, o stanno sempre seduti. Il bacino si trova quindi sotto l'azione del peso del tronco e manca la contropressione dei femori, mentre d'altra parte è minore la resistenza specialmente nelle cartilagini interarticolari e nell'Y cotiloideo. Per la gravità il promontorio si deprime, si aumenta la curva sacro lombare, le vertebre sacrali — le quali vengono maggiormente compresse nella loro parte posteriore (parte concava della curva) — scivolano verso l'avanti e così diminuisce la concavità del sacro, o sparisce ed è persino sostituita da una convessità. Le tuberosità iliache stirate dai legamenti sacro-iliaci si avvicinano, quindi le spine anteriori divergono. Mancando la contro pressione dei femori la trazione sulla sinfisi del pube la deprime verso l'indentro; le tuberosità ischiatiche sono spinte infuori e gli acetaboli rivolti al davanti.

Se poi le bambine si sforzano a camminare, entra in giuoco la pressione dei femori; gli acetaboli sono spinti in dentro in sopra ed in alto, la sinfisi pubica spostata in avanti; il sacro si abbassa maggiormente si costituisce cioè la forma pseudo-osteomalacica.

Non è senza interesse notare che il bacino femminile normale mostra un avvicinamento col bacino rachitico in confronto del bacino maschile. La causa è senza dubbio che le masse cartilaginee dei punti d'unione dei varii pezzi ossei hanno una minore solidità che nel sesso maschile e quindi cedono alquanto alle forze che agiscono nei sensi già descritti sulla pelvi.

A questa descrizione della patogenesi si deve aggiungere con Kehrer l'in-

fluenza delle trazioni muscolari, da esso ritenute causa principale della deformazione. L'iperestensione della regione sacrale superiore e l'estensione trasversale avvengono sotto la trazione degli psoas, inoltre la cosidetta infrazione sagittale degli ilei sarebbe dovuta all'azione combinata dall'ileopsoas e degli estensori del dorso. Lo spostamento degli acetaboli si avrebbe sotto l'influenza dei primi e dei muscoli dell'anca. Il divaricamento degli ilei ed il loro spianamento avverrebbe per la prevalenza di azione dei glutei medi e tensore della fascia lata, e forse sartorio rispetto ai muscoli addominali atonici.

Finalmente l'ampiezza dell'arcata pubica si produrrebbe sotto l'azione dei rotatori e degli adduttori della coscia.

Senza accettare l'esclusivismo del Kehrer si deve pure ammettere in certo grado anche questa influenza muscolare nel modo accennato.

Lo Schroeder dice che è molto importante notare che furono visti bacini di neonati rachitici, e di rachitide congenita che presentavano la fisionomia caratteristica delle alterazioni da rachitismo.

A questa osservazione servono di risposta le ricerche dell'Engel sullo sviluppo del bacino piatto, che esso riferisce al diverso accrescimento delle singole sezioni del bacino.

Dai suoi studi risulta:

1.° Sospeso sviluppo della sezione anteriore dell'ileo, l'aumento si verifica nella porzione posteriore; perciò si ha impiccolimento assoluto del diametro coniugato, alterata la posizione del sacro rispetto all'estremità posteriore degli ilei — maggiore distanza — e maggiore convergenza di queste ultime.

2.° L'alterazione della forma della superficie auricolare determinnta da ineguale sviluppo — maggiore in basso e posteriormente — produce un cangiamento di posizione del sacro, cioè una rotazione in avanti attorno al suo asse trasversale, e ravvicinamento della sua estremità superiore e del promontorio alla sinfisi pubica.

3.° aumento assolutamente piccolo della branca orizzontale del pube.

Di tuttociò sono conseguenze:

a) coincidenza delle branche del pube sotto un arco più ampio (ulteriore accorciamento della coniugata);

b) incurvamento laterale più forte della linea arcuata interna;

c) minore incurvamento della parete anteriore del bacino, e direzione di questa in avanti, cui partecipa l'acetabolo.

4.° L'ossa dell'arcata pubica sono assolutamente più corte di quelle che si osservono nel bacino normale, massime relativamente all'eminenza ileo-pettinea; da ciò minore altezza e forma più spianata del pube, divergenza delle branche in giù, maggiore distanza reciproca delle tuberosità ischiatiche le quali stanno più vicine all'eminenza ileo pettinea.

A queste irregolarità riferite sullo sviluppo delle ossa ed anche ad un vero arresto di sviluppo deve il bacino rachitico la sua impronta speciale, la sua gracilità, la sua piccolezza generale, la sua delicatezza di forma che permettono di riconoscerlo fra tutti. È pure a questa insufficienza di sviluppo che sono dovute le creste o punte taglienti, che stanno ordinariamente nell'arco anteriore del distretto addominale. Così pure a questa causa è dovuta la minore altezza del bacino, il raccorciamento della sinfisi pubica.

Le deformità che sono il risultato delle pressioni meccaniche variano grandemente in rapporto alla variabilità delle pressioni stesse, mentre che l'arresto di sviluppo imprime per la costanza e regolarità de' suoi effetti una fisionomia uniforme ed in qualche modo specifica.

Fu considerato soltanto il modo di prodursi delle deformità rachitiche nel caso di colonna vertebrale normale e di femori pure normali; in casi in cui si aggiunge l'azione d'una precedente deformità della rachide o dei femori saranno descritti più avanti nel § 4.°

Si possono ora per modo di conclusione esporre i tratti generali e per così dire specifici che permettono di riconoscere i bacini viziati per rachitismo.

1.° Il diametro coniugato è sempre diminuito, e questa diminuzione di lunghezza è generalmente proporzionata al grado della deformità in complesso. Di qui la giustezza e la utilità pratica della divisione in tre gradi dei vizii pelvici proposta nel 1834 dal Dubois e fondata sulla lunghezza della coniugata.

2.° I diametri obliqui del distretto addominale sono pure diminuiti d'estensione, ma questa alterazione non è costante.

3.° Il diametro trasverso è il meno acconciato di tutti, talora conserva la sua lunghezza e può anche essere eccezionalmente allungato. Fanno eccezione le forme rare di bacino rachitico pseudo-osteomalacico in cui è pure esso accorciato.

4.° Il diametro retto dell'escavazione è costantemente diminuito.

5.° I diametri obliqui dello scavo sono ordinariamente normali.

6.° Il diametro trasverso così grande come il normale.

7.° I diametri dell'uscita normali o talvolta maggiori.

8.° L'intervallo che separa la metà d'una cresta iliaca a quella del lato opposto è divenuta minore di quella che separa le due spine iliache ant. sup.; disposizione tutta contraria al normale.

9.° L'altezza totale del bacino è diminuita, come quella del sacro e della sinfisi pubica.

10.° La concavità del sacro è minore, talvolta scomparsa e persino è sostituita da una convessità.

11.° Le branche dell'arcata pubica sono allontanate più che nel normale, ampiezza questa che contrasta con la ristrettezza del resto.

12.° L'angolo sacro vertebrale è abbassato, quindi è proporzionalmente diminuita l'inclinazione del bacino.

13.° Infine mentre il peso medio d'un bacino bene conformato è intorno a 760 grammi quello dei bacini rachitici, comprese le due ultime vertebre lombari, non è che di 320 a 500 grm. secondo le ricerche di E. Gurlt (Depaul, Porro).

2.° Deformazione del bacino per osteomalacia.

L'osteomalacia — *mollities ossium* — confusa anticamente e per lungo tempo col rachitismo e con diverse altre affezioni delle ossa, è una malattia che colpisce di preferenza il sesso femminile e specialmente le donne adulte — 20 a 40 anni — nello stato di gravidanza o puerperio.

Si cominciò a conoscere verso il 1700 ma non si diffusero le nozioni su di essa che dopo la monografia del Kilian 1829. È sconosciuta in Inghilterra e nell'America del Nord, mentre è relativamente frequente sulle rive del Reno, nelle Fiandre.

In Italia è estremamente rara tolte le provincie lombarde e specie i dintorni di Milano ove si riscontra più frequente (Chiara, Tibone).

Essa consiste in una mielo-osteite progressiva la quale ha per effetto di spogliare le ossa dei loro sali calcarei.

Il processo comincia dai canali dell'Havers e si estende in giro a tutte le lamelle ossee. Se ne distinguono due varietà stabilite già dal Kilian *osteomalacia fracturosa* s. *fragilis* e *osteomalacia coherens* s. *cerea* in base alle due spiccate caratteristiche indicate dalla denominazione.

Come fu fatto per la rachitide è necessario limitarsi ad esporre i mutamenti da essa portati nell'intima struttura e nei caratteri fisici delle ossa, cioè quanto basta per rendere ragione delle deformità e del loro modo di prodursi.

L'osso colpito da questa malattia diventa meno compatto e nello stesso tempo diminuisce alquanto di volume, si rammollisce qualche volta sino ad un grado estremo.

Sembra che l'osso sia ridotto ad una massa fibrosa periostea circondante un tessuto polposo come lo stroma del fegato. Tal fiata però conserva una certa resistenza, il tessuto compatto è rarefatto ma resta una corteccia più o meno sottile che presenta una estrema fragilità, per la quale hanno luogo le fratture che concorrono alla deformazione delle parti. Secondo A. Wilmart l'osteomalacia *fracturosa* è il primo stadio della malattia, e la *cerea* è il secondo (1). L'osso

(1) *De l'osteomalacie au point de vue de son influence sur le bassin.* Bruxelles, 1871.

può piegarsi schiandarsi come potrebbe fare una massa di cera, allargarsi, formare delle pieghe od anche presentare dei rigonfiamenti, verso l'epifisi in ispecie.

Chimicamente si riscontra una diminuzione notevole di sali terrosi, in generale del materiale anorganico e specialmente dei fosfati di calce come ha ben dimostrato l'Heitgmann nelle sue ricerche sulla produzione artificiale della malattia. O. Weber ha pure segnalata la grande quantità di acido lattico, però Virchow e Volkmann hanno sollevato il dubbio sulla produzione dell'acido lattico durante la vita.

Istologicamente si osserva che il midollo contenente grasso scompare e sì forma un tessuto midollare giovane rosso, le cui cellule rotonde, piccole, sotto l'influenza di forte iperemia — d'onde anche le emorragie — crescono rigogliose. La perdita dei sali calcarei procede dai canali dell'Havers, si propaga, come fu detto, di lamella in lamella ed alla fine resta al posto un tessuto osteoide, cioè un tessuto osseo senza sali che a sua volta si modifica. I corpuscoli ossei si fanno più grossi, più rotondi, si riempiono di grasso e le loro ramificazioni si perdono in parte; finalmente si disfà il tutto e viene sostituito da tessuto midollare. Questo processo segue pure il corso dei canali Haversiani.

Dalle particolarità che precedono e dalla cognizione delle forze che agiscono sul bacino, risulta che le cause dei vizii del bacino osteomalacico si riducono al rammollimento delle leve ossee ed alle azioni meccaniche.

Qui non vi ha luogo l'arresto di sviluppo perchè la malattia propria dell'età adulta colpisce le ossa quando hanno già raggiunto il loro completo sviluppo. Circostanza questa che differenzia il bacino osteomalacico dal rachitico.

Le deformità speciali dell'osteomalacia sono caratteristiche; così: le ali dell'ileo si curvano su di sè stesse in modo da presentare una gronda profonda sulla loro faccia interna, e talvolta sono arrotolate in fuori. La cavità cotiloidea spinta in alto verso la linea mediana ravvicinata all'opposta ed all'angolo sacro vertebrale.

La parete anteriore laterale si trova depressa in dentro, i pubi diventati pressochè paralleli sicchè la sinfisi sporge a becco.

L'arcata pubica scomparsa pel ravvicinamento delle branche si presenta come una profonda scissura in cui non passa talvolta neanche il dito esploratore. Il sacro piegato in avanti su sè stesso con una irregolare flessione angolosa in luogo della normale concavità; la sua base depressa verso lo scavo rende esagerata la sporgenza del promontorio. Da ciò diminuzione dell'inclinazione del distretto superiore. Gli ischi infine, il coccige, le spine ischiatiche e tutti i punti d'inserzione muscolari sono deviati e curvati in vario grado.

Tutti i diametri del distretto addominale perineale e dello scavo si trovano accorciati.

Se in causa della sporgenza della sinfisi pubica i diametri retti sono normali od anche allungati, per il parallelismo delle branche lo spazio libero che corrisponde a questi diametri non è che lineare e quindi non ha che una esistenza virtuale piuttostochè effettiva.

Il distretto superiore ha la forma d'un cuore di carte, d'un cappello tricorne.

Le deviazioni non sono arrotondate ma angolose. Non vi ha quella specie di antagonismo fra il distretto superiore e l'inferiore segnalato nel rachitismo ma sono entrambi deformati. Ancora il bacino osteomalacico è quasi sempre assimetrico.

Per intendere la formazione dei vizii descritti supponiamo la donna nella stazione verticale, quindi nell'assisa e semi assisa, e nel decubito laterale.

Nella stazione verticale sotto l'azione del peso del tronco (V. meccanica del bacino) il sacro rammollito si schiaccia e scivola in basso in *toto* e ruota intorno ad un asse trasversale per cui il promontorio si deprime verso l'avanti. Per la contropressione dei femori la parete cotiloidea è respinta in alto, in dentro ed un po' all'indietro. Per questo spostamento l'arco anteriore del bacino si deve curvare di più all'avanti e flettersi, e realmente esso si flette nel suo punto di minore resistenza, cioè la sinfisi, e così si forma la sporgenza a becco e si restringe l'arcata pubica.

Nella posizione seduta il sacro sopporta la stessa pressione ed analogamente si deforma, solo che essendo spesso direttamente compresso contro il piano di riposo si curva anche di più, si flette ad angolo il cui seno è anteriore. Le tuberosità sciatiche su cui riposa tutto il tronco si schiacciano e si avvicinano.

Nella posizione semiseduta per l'inclinazione maggiore della colonna vertebrale, il promontorio si fa ancora più basso e sporgente all'innanzi.

Nel decubito laterale in cui si sta ordinariamente a letto, avviene che la parte laterale del bacino che è rivolta in sotto subisce una compressione per cui si deprime all'indentro; e siccome comunemente il lato di riposo si alterna così entrambi le pareti laterali si ravvicinano e diminuiscono i diametri trasversi a vantaggio degli antero-posteriori.

Inoltre le contrazioni dei potenti muscoli iliaci determinano nella mollezza avanzata il raddrizzamento dell'ala ilea e la produzione della doccia interna. I muscoli retti dell'addome, a torace fisso, contribuiscono a produrre l'elevazione che si osserva spesso dell'arco anteriore.

Le infinite varietà che si riscontrano in tali bacini risultano dal grado di rammollimento da cui sono affette le differenti parti del bacino, e dalla posizione che la donna ha principalmente tenuto durante la lunga malattia.

Ecco ora riassunti i caratteri principali di questi bacini:

1.° Tutti i diametri del distretto addominale sono notevolmente accorciati.

2.° Così pure quelli dell'escavazione; può fare eccezione il diametro retto che rigorosamente può dirsi conservato ma in uno spazio così ristretto che non riesce minimamente di profitto nel parto.

3.° Tutti i diametri del distretto perineale sono diminuiti, ma il pube coccigeo in grado minore.

4.° Lo spazio che separa le spine iliache A. S. è minore che nel normale, ed anche a quello che separa il mezzo delle due creste iliache.

5.° L'altezza della sinfisi pubica è ingrandita, e la concavità del sacro aumentata e rimpiazzata da una doccia profonda trasversale che risulta dalla flessione ad angolo del sacro.

6.° Le branche dell'arco pubico sono ravvicinate fra loro fino quasi al contatto.

7.° Il bacino nel suo insieme è angoloso, irregolare, ma colle ossa abbastanza sviluppate da poter ricostituire un bacino normale se col pensiero si sopprimono le deformità. Presentano uno spessore normale od aumentato, ed un aspetto giallastro oleoso particolare.

8.° Infine l'osteomalacia avendo un andamento ineguale, interrotto, lento ed il canale pelvico restando talvolta flessibile il parto può compiersi ad onta delle forti deviazioni delle sue parti.

3.° Bacini viziati per anomalie di sviluppo.

È questa una classe molto numerosa di bacini, ed oltre che numerosa composta di varie specie di deformità. Sembra infatti che si possono ad essa ascrivere le seguenti specie:

a) Bacino troppo grande.
b) Bacino regolarmente troppo piccolo.
c) Bacino piatto non rachitico.
d) Bacino obliquo ovale.
e) Bacino aperto.

A dir vero le cause intime della maggior parte di questi vizii e nel maggior numero dei casi concreti ci sono del tutto sconosciute. Noi ignoriamo come e per quale processo tale bacino senza essere alterato nella sua configurazione prenda delle proporzioni esagerate, come tale altro al contrario resti al dissotto delle ordinarie dimensioni, o presenti minore solidità, od infine come l'arresto di sviluppo sia limitato ad una metà laterale.

Quando si dice col linguaggio comune che tali lesioni sono dovute ad anomalie ad arresto di sviluppo si indicano solo i fatti avvenuti, solo le conseguenze delle ignote cause, senza pretesa di dare con ciò una spiegazione che non avrebbe valore alcuno, consistendo essa nel sostituire una incognita ad un'altra.

a) Bacino troppo grande.

D'ordinario tali bacini presentano una conformazione regolare; i diametri della cavità sono fra loro in rapporto esatto, soltanto sono di lunghezza esagerata. Appartengono a donne di alta statura, ma anche di media e persino di piccola. Per caratterizzarli in una parola sono bacini di gigante in un corpo ordinario.

Burns parla di un bacino i cui diametri oltrepassavano quelli ordinari di 2 ctm. G. de la Tourette d'un ancora più grando che oltrepassava di 4 ctm. Relativamente ailo spessore e solidità delle pareti offrono varietà non molto importanti.

Lo Schroeder, e con lui M.e Lachapelle, Duges, Soulin , Jacquemier, Tibone, Morisani, G. Braun, ecc., non vorrebbero neppure ammettere fra i patologici questi bacini che loro sembrano privi di qualsiasi importanza ostetrica, essendo i parti rapidi, unica complicazione possibile tanto frequenti in questi che nei bacini normali.

Se fossero dimostrati proprii di qualche razza si potrebbero ritenere effetto d'ereditarietà diretta od atavistica, ma ciò è tutt'altro che provato.

b) Bacino regolarmente troppo piccolo.

Ciò che è caratteristico di questa specie è la piccolezza associata ad una regolarità di forma.

I diametri hanno conservato un rapporto fra loro press'a poco esatto. Essi sono di due specie: negli uni, che sono i più frequenti, per tutti i caratteri fisici delle ossa non differiscono dal normale, si riscontrano nelle persone di piccola taglia, talvolta di media, e persino di alta statura ben conformate senza nessun carattere esterno che li possa far sospettare.

Nella seconda specie per forma volumi, spessore, il bacino, ha i caratteri infantili, e così pure l'unione delle varie parti fra loro; si osserva solo nei *nani*. Però in questo come nei primi i rapporti dei diametri tra loro sono quali si trovano nella donna che ha raggiunto il suo completo sviluppo genitale.

Fu pure segnalata una terza specie di bacini ristretti in cui i rapporti fra i diametri erano rimasti gli stessi che nel bacino infantile; ma questa non presenta interesse ostetrico perchè va legata ad arresto di sviluppo di tutto l'apparato genitale, per cui le donne affette non sono atte al concepimento.

Il grado della ristrettezza può essere assai vario, però in un dato limite, poichè al dissotto di 14 mill., secondo Stein, non si tratta più di bacini piccoli ma di rachitide. Naegele però ha descritti alcuni di questi bacini di dimensioni inferiori di 27 mill. del normale.

Conviene anche notare che una regolarità perfetta di forme non è affatto comune, per cui non bisogna prendere alla lettera l'espressione usata comunemente di bacini uniformemente e regolarmente ristretti.

Anche di questi la patogenesi è assolutamente oscura. Hubert di Lowain voleva che fossero la conseguenza d'una alterazione dei vasi nutritizii dell'osso, ma non ci è alcuna prova in sostegno di quest'ipotesi. Non si può neppure ammettere che una qualsiasi ignota causa morbosa venga ad impedire l'ulteriore accrescimento del bacino, poichè allora questo dovrebbe conservare i caratteri dell'età in cui fu colpito dalla lesione ed invece si è veduto che solo alcuni conservano i caratteri infantili e sono il numero minore.

Neppure la rachitide può essere ritenuta per causa poichè mancano nelle ossa tutti i caratteri delle alterazioni rachitiche, e la conformazione generale ed il rapporto diametrìco è normale. Si dovrà quindi conchiudere che la causa ci è finora ignota, ma solo deve aver portata la sua influenza fin dalle primissime epoche della vita, forse già dal concepimento.

c) **Bacino piatto non rachitico.**

Il bacino semplicemente piatto non è soltanto il più frequente a riscontrarsi in luoghi immuni di rachitide, ma è anche il più frequente là dove domina questa malattia per cui si può dire che è il più frequente di tutti (G. Braun, Tibone, Schroeder, ecc.)

Per fortuna se è tanto frequente, raramente giunge a gradi molto elevati di ristringimento. Difficilmente la coniugata misura meno di 80 millimetri.

In questi bacini il sacro è disceso nello scavo ma senza subire un movimento di rotazione attorno al suo asse trasversale, perciò la riduzione dei diametri retti si riscontra in tutti i distretti, ma specialmente nel superiore.

Le singole ossa sembrano spesso più piccole, ma la configurazione generale è regolare, sì che a primo aspetto sembrano bacini normali.

Per la discesa del sacro le spine posteriori degli ilei sono avvicinate, e le anteriori divaricate per cui vi è prevalenza del diametro trasverso oltre il normale. I fattori che danno luogo a questa deformazione sono gli stessi che normalmente mutano il bacino fetale nell'adulto, cioè pressione del tronco, contrappressione dei femori, trazioni sulla sinfisi pubica, ma è alterato il loro equilibrio o per la prevalenza del peso del tronco o per una diminuzione nella resistenza delle ossa.

L'aumento del peso del tronco si ha nel triste costume di tenere troppo lungamente sedute immobili le piccole bambine, o quando sieno costrette, come è pure frequente, a portare pesi sproporzionati alla loro età. La diminuzione di resistenza può essere portata dalle tante cause nocive riunite nel nome complessivo di miseria, o delle varie cachessie che mostrano evidente la loro azione di inceppare lo sviluppo dei singoli tessuti e dell'intiero organismo.

Ma propriamente resta ancora molta incertezza ed oscurità sulla patogenesi di questa stenosi pelvica.

d) Bacino obliquo ovale.

Sulla patogenesi di questa categoria di bacini si è scritta un'intera biblioteca, ed ancora si può quasi dire che non si è esaurita la questione. Furono emesse opinioni, ipotesi molteplici, diverse ed opposte. Per quanto è lecito dire dopo tutto che fu detto dai più chiari scrittori di tocologia, sembra che la verità stia come la virtù nel mezzo, e che si debba accogliere l'idea già segnata dal Naegele sviluppata completamente dal Depaul, ed in pratica si può dire accettata da G. Braun e Schroeder. Cioè: il bacino obliquo ovale non è così omogeneo e circoscritto, bisogna riconoscerne molte varietà, e le cause ed il meccanismo sono quindi molteplici.

Perciò si possono accettare quasi tutte le opinioni emesse, perchè sono nei vari casi speciali perfettamente fondate, ma nessuna in modo generale ed esclusivo.

A non intralciare ancor più la questione va notato che qui non s'intende parlare di quella obliquità che derivano, come si vedrà più avanti, da precedenti alterazioni delle parti dello scheletro contigue alla pelvi.

Fu Naegele il primo a richiamare l'attenzione degli ostetrici sull'importanza di questa deformità nel 1838. Dopo la sua memorabile monografia si succedettero rapidamente una grande quantità di studi, di osservazioni che ancora continuano.

Ora conviene passare in rivista le principali teorie che vennero immaginate su questa patogenesi.

A tout seigneur tout honneur. Il Naegele fu riservatissimo nel dichiarare la derivazione della deformità, ma era piuttosto inclinato a riferirla ad una viziatura congenita. Le ragioni su cui fondava il suo modo di vedere si possono così riassumere:

a) Anzitutto la saldatura del sacro con l'osso iliaco è talmente completa, talmente intima che essa costituisce una vera fusione tra le due ossa; il tutto è come un solo pezzo. Ora se questa saldatura fosse consecutiva ad infiamma-

zione, ad una pressione od a tutt'altra causa non potrebbe essere così omogenea così perfetta come si presenta generalmente.

b) Lo sviluppo incompleto o la specie di atrofia dell'osso iliaco e della metà anchilosata del sacro testimoniano nello stesso senso, come pure la sinostosi e le deformazioni che si osservano accidentalmente in altre ossa. Così le anchilosi congenite si accompagnano ordinariamente ad un arresto di sviluppo a deformazione sensibile del pezzo osseo saldato. Così avviene nel cranio quando le suture sono chiuse prematuramente.

c) La rassomiglianza straordinaria che presentano fra loro tutti i bacini obliqui ovali sarebbe una nuova prova in favore dell'interpretazione Naegeliana, poichè identici effetti presuppongono identità di cause, e perchè in generale tutti i vizii di conformazione congeniti hanno tra loro maggiore somiglianza che non quelli acquisiti, e che avvengono ad un'epoca più avanzata della vita.

d) Infine l'assenza di pregressi stati morbosi o di esterne influenze alle quali si possa attribuire la deformità.

Ad onta di queste ragioni l'illustre ostetrico di Heidelberg non ardisce, giova ripeterlo, pronunciarsi in una maniera definitiva e rimette alle ricerche ed agli studii ulteriori la risoluzione del problema.

L'Unna ed il Moleschott, suoi allievi, dapprima, e quindi molti altri, Vralik, Rakitansky, Scanzoni, l'Hubert, Robert, vollero spiegare la saldatura sacro iliaca per l'assenza o la distruzione di qualcheduno dei punti primitivi di ossificazione dell'ala del sacro. L'Hohl ed il Litzmann portarono appoggio dei loro studii a quest'opinione. Il primo diede la prova che veramente si dava il caso di mancanza completa, o di sviluppo difettosa dei nuclei di ossificazione dell'ala del sacro; che per conseguenza la metà corrispondente di quest'osso doveva restare atrofica ed il bacino quindi presentare la forma obliqua. La sinostosi poi provenire dalla condizione stessa dell'ala sacrale, dal poco sviluppo della cartilagine sacro iliaca per cui le ossa premute l'uno contro l'altra si cementano insieme. Il Litzmann fece inoltre notare la coincidenza dell'anchilosi con la coxite del lato opposto, e riferì tanto la sinostosi quanto la ovalarità del bacino alla pressione unilaterale, dando ancora importanza allo spostamento all'indietro dell'osso iliaco anchilosato.

Il Martin di Jena, lo Stein jun., il Danyau, il Gavarret ed il Dubois ammettono invece che nella prima infanzia una delle sinfisi sacro iliache sia stata presa da infiammazione; che questo stato morboso si sia propagato alle ossa vicina; che l'indurimento risultato abbia diminuito il calibro dei vasi nutritizii delle ossa.

Da ciò l'anchilosi della sinfisi e lo sviluppo incompleto dell'ileo e del sacro, l'assenza di curvatura del primo ed in una parola tutti i caratteri del bacino obliquo ovale.

Il Fabbri di Bologna emise, nelle sue classiche monografie su questo argomento (1), l'opinione che il bacino obliquo ovale sia conseguenza di pressioni meccaniche operanti sul bacino nei primi tempi del suo sviluppo; riguardando tanto la sinostosi che l'atrofia della metà corrispondente del sacro quali esponenti d'un grado avanzato del vizio in parola, mancando essi nei gradi minori.

Egli confortò la sua opinione d'una serìe numerosa di osservazioni proprie e di esperimenti praticati su bacini recenti di bambine. Ha egli osservato che il bacino fetale prende la forma obliquo ovale appena viene compresso fra le mani nella direzione d'uno dei diametri obliqui e da basso in alto; ovvero quando poggiando la pelvi direttamente sopra un solo femore si preme verticalmente sulla colonna vertebrale dall'alto in basso ed in maniera che restino avvicinate le parti opposte compresse. La forma obliqua ovalare si fa permanente lasciando il bacino sottoposto per qualche tempo alla suddetta compressione; e l'atrofia e consecutiva fusione delle ossa sarebbero effetto della prolungata pressione.

Nella vita intrauterina, poichè tale deformità si è osservata congenita, pensa il Fabbri che possa essere causa del vizio un'atteggiamento particolare del feto, risultando dai suoi esperimenti che la flessione delle coscie determina la forma trasversalmente ovale, la loro estensione, la forma ovale nel senso antero-posteriore e la flessione d'una sola coscia mentre l'altra resta in estensione dà luogo alla forma obliquo ovale. Queste sue deduzioni ebbero la conferma da una pelvi obliqua ovale appartenente ad un feto maturo che presentava la retrazione permanente d'una coscia. Il Belluzzi di Bologna ha pubblicato il caso d'una pelvi obliqua ovale in una bambina, la quale era conseguenza della frattura della branca orizzontale d'un pube per l'applicazione all'inguine dell'uncino ottuso. Il Fabbri in conclusione trovò che quando i fattori meccanici che operano sulla pelvi e ne producono la forma adulta, non agiscono in modo armonico od è alterata la compage ossea — minore resistenza — allora la forma e la capacità si alterano e come le altre deformità pelviche si produce anche la forma obliqua ovale.

Il Depaul, di cui fu già enunciata la eccletica opinione, ammette che si danno tre varietà di questa specie di viziatura. Uno molto frequente — relativamente — caratterizzata dalla fusione del sacro con l'ileo come pure dall'atrofia delle ossa componenti questa articolazione, e costituisce il bacino propriamente detto del Naegele. La seconda è distinta per l'atrofia della metà del sacro e dell'ileo senza coesistenza dell'anchilosi. La terza infine non presenta nè l'uno nè

---

(1) Descrizione d'una pelvi obliqua ovale, 1860. — Del bacino obliquo ovale, 1873. — Delle deformità che derivano alla pelvi da diverse maniere di zoppicamento. Bologna, 1864. Dalle Memorie dell'Accademia delle Scienze.

l'altro di questi caratteri e non appartiene al vizio obliquo ovale che pel tratto principale della sua deformazione cioè lo stringimento obliquo.

Dietro questa distinzione il Depaul conclude che la patogenesi è molteplice come sono molteplici le varietà. Accetta egli quindi tutte le opinioni suesposte le quali furono enunciate da un punto di vista esclusivo, però dando a ciascuno un valore parziale.

Ad appoggiare questa conclusione che mi pare la più giusta vale il notare come ciascuna delle teorie prenunciate sia stata proposta dietro l'esame di dati bacini, e fatti sperimentalmente osservati. Così l'Hohl presentò esempi in cui mancava il nucleo di ossificazione della prima falsa vertebra sacrale, e quello della seconda, e persino della terza. Il Ritgen, il Thomas, il Danyan, ecc., hanno presentati bacini che mostravano indubbi segni di progressa infiammazione della sinfisi e confortati dall'anamnesi del soggetto.

Del Fabbri furono in breve riferite le osservazioni e gli esperimenti.

Dunque era giusta per ciascheduno degli autori nominati la teoria da essi proposta ma solo per i casi da essa esaminati, l'errore incominciava quando volevano estendere l'ideata patogenesi a tutti gli esemplari di bacino obliqui ovali.

Per cui volendo pure riassumere in una formula sintetica la patogenesi di tale deformità si deve così esporla. La pelvi obliqua ovale deriva da mancanza od incompleto sviluppo dei nuclei ossei primitivi della metà del sacro — o da infiammazione della sinfisi sacro iliaca — o dalle pressioni meccaniche esercitate sul bacino in modo disarmonico od in alterata compage ossea — od infine anche dall'intrecciarsi di questi varii elementi.

I bacini obliqui, obliquo ovali in grado leggero sono frequentissimi, ma sfuggono intieramente alla diagnosi durante la vita e non hanno alcun valore pratico.

I bacini ristretti con anchilosi sono rari molto. Finora non ne sono conosciuti che poco più d'una cinquantina di casi. Che sieno antichissimi lo prova il fatto che uno di essi studiato dal Naegele apparteneva ad una mummia d'Egitto.

I loro caratteri principali sono i seguenti:

Un'ala del sacro è più stretta o scomparsa del tutto.

I fori sacrali anteriori sono ristretti, la faccetta auricolare più piccola di quella del lato opposto. Le vertebre lombari sono rivolte verso il lato atrofico.

L'ileo si trova più perpendicolare ed è più diritto, appianato, spinto come in alto ed indietro sicchè l'incisura sciatica riesce da questo lato minore. La cavità cotiloidea è rivolta più in alto e più al davanti. La sinfisi pubica è deviata verso il lato sano, e l'arcata pubica guarda il lato opposto.

Tra i diametri obliqui e le distanze sacro cotiloidee la differenza è molto

notevole nei due lati. La coniugata vera può essere anche ingrandita, ma i diametri trasversi tutti e più gl'inferiori sono diminuiti.

e) Bacino aperto.

Questa deformazione, in cui i pubi restano distanti fra loro e riuniti da un largo legamento o dai tessuti del perineo, è originaria. La distenzione trasversale è eccessiva perchè il peso del tronco allarga la metà posteriore della pelvi infossando il sacro. Le metà anteriori sotto l'influenza dei femori si fanno parallele o debolmente convergenti.

I vizii nell'altezza verticale, nel peso e struttura nel bacino, i margini taglienti dell'arco anteriore non possono costituire, per quanto si allontanino dal normale, dei vizii speciali. Sono sempre associati ad altre lesioni più importanti con le quali dividono l'origine. In generale dipendono da arresto di sviluppo ed atrofia, molte sono anche dovute evidentemente al rachitismo.

4.° Bacini viziati da precedenti deformità delle parti dello scheletro contigue alla pelvi.

Le porzioni dello scheletro che confinano col bacino, cioè la colonna vertebrale e gli arti inferiori, possono quando sieno alterate nelle loro dimensioni, direzioni e rapporti esercitare su questo una influenza deformatrice più o meno rilevante. Si è veduto nella meccanica del bacino quanta importanza abbiano queste parti nel produrre la forma adulta normale, per cui riescirà ora agevole l'intendere come le loro alterazioni possano influire sinistramente sulla conformazione pelvica.

Conviene prima trattare dell'influenza delle deviazioni della colonna vertebrale e poi delle lesioni degli arti inferiori.

A. — Deviazioni della colonna vertebrale.

L'influenza delle deviazioni della colonna vertebrale sulla conformazione del bacino ha dato luogo a qualche rimarco per parte degli antichi scrittori, ma però lo studio completo di quest'argomento è opera tutt'affatto moderna.

Dall'opera di Choulant (1818), a quelle del Schilling (1873), Hirigoyen (1880), furono pubblicati moltissimi lavori ed importanti che dilucidarono a fondo la

questione. Tra questi vanno notati Saint-Guerin, Bouvier, Kilian, Hergatt, Chantreuil, Breisky, Fehling, Schroeder, ecc.

La prima distinzione che va fatta si è tra le deviazioni di origine rachitica, e quelle non rachitiche. Una volta si riteneva che le prime soltanto fossero accompagnate da alterazioni nella cintura pelvica. Per molto tempo anzi andarono diffuse pei trattati due figure che appartenevano uno allo scheletro di donna rachitica con bacino deformato, l'altro non rachitico con la colonna incurvata ed il bacino normale. Ciò non è vero, ma resta però che nei casi di deviazioni della colonna non rachitiche l'influenza è molto minore ed anche nulla se la deviazione avviene in una età piuttosto avanzata; ed inoltre si deve anche osservare che in questi casi di deformazioni secondarie l'influenza è in ragione inversa dell'altezza della deviazione rachidea, così, massima per le deviazioni lombari, è minima per le cervicali.

Ora verranno esaminate partitamente le varie deviazioni rachidee d'origine rachitica e no, e la loro speciale influenza sulla pelvi.

Lordosi. — Nella lordosi lombare senza complicazione di rachitismo le modificazioni del bacino sono poco marcate. Esse si limitano a dei cambiamenti nella direzione ordinaria nell'asse dello scavo in rapporto delle altre parti del corpo ma senza modificazione delle ossa.

Nella lordosi lombare rachitica, essendo diminuita la resistenza delle ossa, il sacro viene spostato, il promontorio infossato nel distretto superiore poichè il peso del tronco pel fatto della lordosi agisce fortemente verso l'avanti. Il promontorio tende sotto questa influenza ad avvicinarsi alla sinfisi pubica ed il contorno del distretto superiore tende a rappresentare una cifra ∞. Se manca la resistenza anche nell'arco anteriore del bacino la contropressione dei femori restringe il diametro trasverso e la forma del distretto si assomiglia a quella d'un cappello tricorne.

Ciò supponendo normali gli arti inferiori, il che è un'eccezione. L'ineguaglianza dei femori aggiunge altri caratteri come si vedrà più tardi.

Rettitudine anormale della colonna. — Questa anomalia segnalata da pochissimi, si trova tanto in scheletri rachitici che no; se esiste da sola si limita a modificare la inclinazione del bacino portando di solito l'antiversione.

Scoliosi. — Di solito esistono due curvature, una a convessità destra, dorsale; l'altra a convessità a sinistra, lombare. Talvolta esiste una terza curva a sinistra nella regione cervicale. Queste curve non hanno lo stesso aspetto; è facile riconoscere che la curva dorsale è la principale e l'altre sono più corte e si ravvicinano di più all'asse del corpo.

La dorsale si dice primitiva, le altre secondarie o di compensazione. Queste ultime sono il prodotto dell'azione muscolare che si sforza di ricondurre l'equilibrio.

Talvolta queste curve si estendono anche al sacro ed allora il bacino è direttamente deformato ma ordinariamente cessano più in alto, e sono le condizioni particolari secondo cui ha luogo la trasmissione del peso del corpo che influiscono sulla forma del bacino.

Al principio del secolo il Boer scrisse: « inter feminas gibbosas multo sunt « plures quarum pelvis sine vitio est, quam quibus ob deformitatem partus inde « molestus fiat » il che è fortunatamente vero nel senso pratico, cioè che questi bacini non sono tanto viziati da mettere ostacolo al parto, ma non scientificamente poichè in questi casi il bacino è deformato per quanto possa permettere parti felici.

La scoliosi non rachitica porta sul bacino: 1° appiattimento della metà laterale verso la quale s'inclina la colonna lombare deviata, e questa è regola generale; 2° uno dei diametri obliqui, e sovrattutto la distanza sacro cotiloidea corrispondente sono diminuiti; 3° la sinfisi pubica è leggermente deviata anche nei casi più semplici, dimodochè si ha una specie di forma obliqua ovale; 4° nell'escavazione e nel distretto inferiore non esistono alterazioni notevoli; tutto l'effetto si produce sul distretto superiore, sulla linea innominata che è il centro di resistenza fra il tronco ed i femori (Hirigayen, Leopold).

Nella scoliosi rachitica abbiamo che l'area dell'ingresso presenta una forma di cuore di carta da giuoco, depresso obliquamente con un appiattimento dal lato della scoliosi lombare ed un'allargamento dal lato opposto; il contrario si osserva al distretto inferiore, cioè allargamento dal lato della scoliosi e stringimento dal lato opposto. Esiste una distanza considerevole dalla spina iliaca anteriore superiore alla tuberosità ischiatica dal lato della scoliosi lombare e che dipende dal sollevamento e raddrizzamento e dalla compressione della metà corrispondente del bacino. La coniugata è raccorciata e la sinfisi del pubé è spostata verso il lato opposto della scoliosi lombare, mentre il sacro è inclinato verso il lato corrispondente. Il bacino in complesso offre un tipo obliquo.

La spiegazione della patogenesi è legata alla cognizione delle condizioni particolari della trasmissione del peso del tronco secondo una direzione stabilita dalla deviazione rachidea.

La questione si complica se uno degli arti inferiori abbia subito alterazioni nel suo sviluppo. E siccome sappiamo esser legge generale, non però assoluta, dell'andamento progressivo dal basso in alto delle deformità rachitiche, così si dirà che è l'accorciamento d'un arto che determina l'inclinazione del bacino e quindi della rachide dal lato del membro più corto.

Con gli arti inferiori normali o pressochè, la patogenesi è la seguente:

Sotto l'influenza del rachitismo si produce deviazione il più spesso alla regione dorsale con convessità a destra.

La curva lombare è di compensazione, e l'angolo sacro lombare si dirige in basso e verso lo stesso lato della colonna lombare.

La pressione crescendo, accentuandosi sempre più le curve, le ultime vertebre vanno ad applicarsi contro la porzione posteriore dell'ileo corrispondente; così il bacino è deviato per la deviazione del sacro e la pressione esercitata sull'ileo. Inoltre i visceri addominali poggiano sulla fossa iliaca del lato opposto della scoliosi lombare e la spingono infuori mentre l'altra viene innalzata e curva indentro. Bisogna tener conto anche dell'azione muscolare che tende a rendere più marcata la deformazione.

Per la pressione del tronco così trasmessa e la contropressione del femore l'osso iliaco subisce una rotazione nel suo asse antero-posteriore, e così si produce la deformità in senso inverso dello stretto perineale.

Cifosi. — Le cifosi della parte superiore della colonna vertebrale od in grado leggero sono senza influenza sulla conformazione della pelvi.

Cifosi dorso lombare. — In questo caso le parti del tronco che si trovano al disotto dell'arco formato per la lesione rachidiana tendono a portarsi in avanti, l'equilibrio è spostato in questo senso; la caduta del tronco non può essere impedita se il centro di gravità non si sposta indietro tanto che la verticale passi, almeno, per la linea bifemorale (V. meccanica del bacino). Per ottenere questo risultato si formano delle curve di compensazione nella parte superiore della spina.

La punta della gibbosità si porta indietro ed il bacino s'inclina indietro sicchè il sacro si avvicina alla verticale, ma per le connessioni sacro iliache tutta la pelvi si solleva dall'avanti all'indietro.

Questo movimento di rovesciamento viene presto limitato dalla tensione del ligamento ileo-femorale. Fissato il bacino in questa nuova posizione avvengono dei cambiamenti nei rapporti reciproci delle ossa pelviche e nella loro speciale configurazione.

Da parte del sacro. — Quest'osso subisce i primi cambiamenti nella sua struttura. La trazione che agisce verso l'indietro è applicata all'estremità superiore della prima vertebra sacrale, per conseguenza questa deve essere tirata in alto e indietro. Si aggiunge un leggiero movimento di rotazione del sacro a livello dell'articolazione sacro iliaca, in seguito al quale la punta è deviata in avanti proporzionalmente allo spostamento indietro dell'estremità superiore di quest'osso. Questo movimento ha per risultato di produrre l'estensione longitudinale del sacro specialmente a livello delle sinfisi sacro iliache.

Non soltanto l'escavazione normale scompare ma soventi volte la superficie anteriore presenta in alto una leggera convessità nel senso della lunghezza. I corpi vertebrali superiori obbedendo più alla trazione che non le ali, mantenute

fisse dalle superficie auricolari, si elevano al disopra del livello di queste ultime. Tutti questi fenomeni ci spiegano la situazione elevata del promontorio, e l'allungamento notevole del diametro antero-posteriore dell'ingresso. Le ali del sacro essendo premute fortemente fra le due superficie auricolari iliache a livello dei loro bordi anteriori si curvano in avanti e la concavità trasversale del sacro aumenta, per conseguenza, la larghezza diventa minore. Le apofisi spinose del sacro sono quindi inclinate più in basso, ed anche premute dalle sovrastanti apofisi lombari, per cui la faccia posteriore sacrale risulta piccola comparativamente all'anteriore.

In seguito alla proiezione in avanti della parte inferiore i diametri retti della cavità e dell'uscita sono accorciati: e questa diminuzione è tanto più sensibile per quanto è allungato il diametro corrispondente della parte superiore. Può avvenire però che questa diminuzione non esista in causa dell'elevata posizione della punta del sacro.

Da parte delle ossa iliache. — La tensione simultanea dei legamenti ileo-femorali, dovuta alla pressione indietro del peso del tronco, ha per risultante di allontanare una dall'altra le pareti superiori dell'osso cosciale e di inclinarle in avanti, mentre avvicina le parti inferiori e le inclina indietro; per ciò si rilasciano i legamenti sacro ischiatici, come pure sono rilasciati i legamenti ileo lombari, ileo sacrali. Gli ilei assumono quindi una forma allungata nel loro margine superiore ed appianata rispetto l'orizzonte. La contropressione dei femori, ed anche la, frequente in questi casi, posizione seduta ravvicinano fra loro le pareti laterali e gli ischi; ciò che produce la notata forma ad imbuto, con ristrettezza dei diametri trasversi in ispecie.

Cifosi lombo-sacrale. — In questo caso il sacro è spostato direttamente per la pressione della colonna vertebrale sulla sua faccia anteriore. La sua estremità superiore è spinta dall'alto in basso e dall'avanti all'indietro; questa pressione non produce allungamento, ma anzi il sacro sembra schiacciato, più corto del normale.

Le parti anteriori della superficie sacrale spinte all'indietro vengono compresse tra le superficie auriculari iliache e quindi aumenta la concavità trasversale, mentre per la stessa causa sparisce la concavità longitudinale. La inclinazione del bacino si muta e tanto più per quanto la lesione avviene in età meno avanzata. Il distretto inferiore è pure ristretto in questo caso specialmente pel ravvicinamento delle tuberosità ischiatiche. Si è osservata talora una anormale mobilità delle sinfisi tutte in questi bacini, anzi in un caso della Clinica del Prof. Breslau a Zurigo questa mobilità era grandissima.

Si è anche rimarcato, fino già dal Levret, che in tali bacini avviene spostamento all'indietro dell'utero gravido.

Nei modi suddescritti agisce in sul bacino la cifosi semplice, ma è raro il caso che essa esista da sola; ordinariamente è accompagnata da scoliosi, ed anche più spesso avviene in soggetti rachitici con altre deformazioni. Per l'intervento di questi nuovi elementi la deformazione si complica, ed i caratteri proprii della cifosi possono restare nascosti o controbilanciati.

Spondylolisema e spondylolistesi. — Nel 1853 fu indicata dal Kilian di Bann una deformità piuttosto rara cui diede il nome di spondylolistesi. Consiste in una saldatura anormale della colonna lombare col sacro, per modo che la colonna è scivolata in basso ed al davanti del sacro nella cavità pelvica e l'ostruisce.

Col nome di spondylisema il Prof. Hergatt di Nancy ha descritta una deformità anche più rara nel 1876. L'unione della colonna vertebrale col sacro avviene in questo caso ad angolo retto aperto al davanti, ed il promontorio viene formato non più dall'angolo sacro vertebrale ma dalla 4ª o 3ª e fino 2ª vertebra lombare proiettata tanto al davanti da coprire il distretto superiore (1).

Entrambi riconoscono un'unica causa, la carie vertebrale (morbus Pott) ma in ciascuna la sede della lesione è differente quantunque avvengano solo all'altezza dell'unione sacro vertebrale. Nella prima è distrutto l'arco vertebrale che mantiene fissa la colonna, e questa scivola al davanti nella cavità pelvica. Nella seconda — spondylolisema — è distrutto il corpo della vertebra che è il sostegno della colonna; questa s'accascia su sè stessa e s'inclina al davanti.

Il Lambl dietro due osservazioni proprie riferisce l'orîgine alla spina bifida, della spondylolistesi, ed il Weber notò in un caso una vertebra rudimentale intercalata posteriormente, che avrebbe agevolato lo scivolamento in basso.

In conclusione queste lesioni si riducono ad una cifosi — spondylolisema — e ad una lordosi — spondylolistesi — e la loro influenza sul bacino è quella già notata. Si nota di speciale una elevazione dell'arco anteriore della pelvi che concorre a diminuire i diametri retti. Nella cavità e nell'uscita le deformazioni non sono molto marcate.

Nell'osteomalacia non sembra che si possa stabilire una relazione tra le deformazioni rachidee e quelle del bacino. Queste due parti dello scheletro possono alterarsi insieme o separatamente, una più l'altra meno senza alcuna regola fissa.

Nelle deformazioni coesistenti della pelvi l'influenza delle deviazioni rachidiane è complicata ma sempre agisce nei modi descritti.

Nelle lesioni degli arti inferiori si formano secondariamente delle curve nella

(1) Sarebbe la cosidetta *pelvis obtecta* della Schroeder.

colonna, ma una volta stabilite influiscono alla lor volta sulla pelvi, però in relazione, come sempre, all' età in cui si stabilisce l'alterazione ed alla compatezza del tessuto osseo.

B. — **Lesioni degli arti inferiori.**

Gli arti inferiori possono essere alterati sia nei loro rapporti col bacino, sia nella lunghezza e direzione — lussazioni — incurvamenti — anchilosi — paralisi — amputazioni — fratture con accorciamento.

Queste lesioni possono essere congenite, datare dalla prima infanzia o sopravvenire in un'epoca in cui lo scheletro ha già acquistato il suo sviluppo completo. In quest'ultimo caso la loro influenza è pressochè nulla e si riduce all'inclinazione alterata in un senso o nell'altro.

Lussazioni. — La lussazione del femore può essere unilaterale o bilaterale. In tutti e due i casi il bacino è deformato ed il modo di azione della potenza deformatrice è sensibilmente lo stesso, ma però esistono delle differenze notevoli tra i bacini viziati per l'una o per l'altra di queste condizioni.

La causa di queste lussazioni deve tenersi in gran conto; quando è un trauma, produce più raramente e sempre in minor grado alterazioni somatiche che non una malattia delle ossa o dell'articolazione.

Lussazione unilaterale. — Il bacino è inclinato dal lato lussato; l'osso cosciale corrispondente è come atrofico, più gracile che quello del lato opposto — la sua ala è più raddrizzata, la tuberosità ischiatica al contrario è spinta infuori, come pure la branca ischio pubica, l'arcata pubica è allargata molto e spostata dal lato dello zoppicamento. Il sacro è inclinato con la sua base verso questo lato e la punta ed il coccige verso il lato sano. L'ala del sacro del lato sano è spesso più corta ed un poco più concava anteriormente. Da ciò ne viene che non esiste più simmetria fra le due metà del bacino e la sinfisi pubica non corrisponde al piano mediano del sacro. I diametri obliqui sono di lunghezza differente; il trasverso dell'ingresso è diminuito, mentre il biischiatico è aumentato; i retti sono normali e qualche poco aumentati. Nella superficie esterna del lato affetto la cavità cotiloidea è ristretta, appianata, contrafatta; la fossa iliaca esterna appianata, il forame ovale deformato e meno ampio.

Le cagioni di queste deformità, dimostrate evidentemente dal Fabbri, consistono nelle mutate condizioni meccaniche del bacino, e nella malattia stessa che ha portato la lussazione. La cavità cotiloidea si altera e scompare perchè vuota. Il peso del corpo viene trasmesso sul femore non più per la via delle ossa ma principalmente pei muscoli stirati e pei legamenti capsulari enormemente distesi. A lungo andare le inserzioni muscolari cedono e nelle ossa si

producono le notate alterazioni. Inoltre gli individui zoppicanti affidano abitualmente il peso del corpo all'arto sano, per cui la parete antero laterale corrispondente si raddrizza e la sinfisi pubica viene spinta al di là della linea mediana per la pressione del capo del femore sano, tanto più che questa manca nel lato affetto. In questa posizione nel lato sano restano fortemente contratti i muscoli glutei, mentre dal lato infermo sono contratti i muscoli che vanno dal tronco alla cresta dell'ileo, così l'ileo si raddrizza. Quando non vi abbiano agito altre cause, quali il rachitismo o le deviazioni spinali, è molto raro che la lussazione unilaterale porti deformità di grado rilevante per cui si può ritenere vera in pratica la sentenza del Monteggia e del Dupuytren che tali donne partoriscono così facilmente e felicemente come le persone meglio conformate.

Lussazione bilaterale. — In questa le deformità del bacino sono molto analoghe alle precedenti ma interessano tutte due la metà ad un tempo. L'inclinazione pelvica è straordinaria, le ali degli ilei sono diritte, le tuberosità ischiatiche e le branche ischio pubiche spinte infuori, per cui è molto allargata l'arcata pubica ed il diametro biischiatico. Il sacro è molto calcato nella cavità, l'angolo sacro vertebrale più prominente, diminuito il diametro trasverso ed anche l'antero-posteriore nel distretto addominale. Nel complesso il bacino è poco alto, e conserva una certa simmetria.

Le cause si riferiscono alla anormale posizione dei capi dei femori. In questi bacini manca la contropressione dei femori nelle cavità cotiloidee, e questa viene invece esercitata più in alto ed indietro, da ciò il raddrizzamento degli ilei, e la diminuzione del diametro trasverso del distretto superiore. La grande inclinazione dipende dalla forte trazione dei legamenti ileo femorali stirati e del muscolo ileopsoas, ma ancora per la lordosi lombare che si forma per ristabilire l'equilibrio, essendo per causa della lussazione spostato il centro di gravità verso l'indietro. Questa fu osservata ad un grado tale che il piano del distretto superiore era divenuto verticale ed anche più in là (Lefeuvre, These 1862).

Le alterazioni nelle dimensioni dei diametri dei varii distretti e dei loro rapporti dipendono dall'atteggiamento particolare degli arti inferiori a cui sono costretti gl'individui affetti da questa doppia lussazione. Essi per dare ai loro arti un punto d'appoggio solido sul bacino camminano con le gambe divaricate. Da ciò compressione laterale della parete superiore e posteriore dell'osso cosciale; stiramento energico di tutti i muscoli inserito alla parte inferiore, quindi il quadrato i gemelli l'otturatore esterno ed interno stirati tirano alla lor volta infuori l'ischio e la branca ischio pubica. Questo spostamento infuori dell'ischio esercita alla sua volta per mezzo dei legamenti sacro sciatici una trazione sul sacro, per cui la punta di quest'osso ed il coccige sono spostati verso l'avanti.

Lo stringimento e sparizione consecutiva della cavità cotiloidea entra per una buona parte nelle modificazioni subite dal bacino, ma è senza confronto minore a quella delle cause meccaniche.

Quanto al grado delle deformità ed al loro valore si può riferirsi con qualche riserva a quanto fu detto per le lussazioni unilaterali.

2.° *Incurvamenti, anchilosi, paralisi, amputazioni, fratture con accorciamento.* — Queste diverse lesioni che hanno per effetto di rendere inuguali i membri inferiori in lunghezza e forza, quando avvengano nella prima infanzia esercitano una cattiva influenza sulla conformazione del catino. In qualche caso si è osservato che hanno portato la loro influenza quantunque accadute in età inoltrata (16 a 18 anni, M.e Lachapelle).

In questi casi l'arto più forte e più lungo sopporta ordinariamente il peso del corpo nella stazione verticale e nella marcia. Da ciò una ineguaglianza di pressione sulle ossa iliache e come conseguenza un raddrizzamento più o meno marcato della curvatura iliaca di questo lato.

Così oltre ad una leggera inclinazione dal lato sano, il diametro obliquo corrispondente è ridotto nella sua lunghezza in tutti e tre i distretti. Influisce anche il fatto che per lungo tempo le bambine sono costrette per la malattia a restare assise o supine, e quindi si possono notare le particolarità già vedute insorgere per questa causa nella rachitide ed osteomalacia, ma naturalmente in grado minore per la resistenza normale del tessuto osseo. La compressione antero laterale prodotta in tali casi è di solito poco considerevole e non si oppone ad un parto normale.

La deformazione è più rimarchevole dal lato sano per la maggiore compressione. Talvolta si osserva un risultato opposto, ma ciò proviene da che il vizio riconosce un'altra causa oltre che la claudicazione.

5.° Bacini viziati per lesioni locali.

Fratture — Lussazioni — Tumori.

I vizii prodotti da queste cause deformanti nella pelvi sono molto variabili, come agevolmente si comprende, quanto alla sede, alla forma ed al grado e risultano da una diretta ostruzione del canale pelvico pei tumori che li costituiscono, sieno calli deformi, esostosi, ecc.

D'altra parte queste specie di vizii sono raramente osservati, ma sono di grandissima importanza pratica perchè costituiscono le più gravi difficoltà al compimento spontaneo ed artificiale del parto.

Fratture. — Le fratture quando dieno luogo a calli deformi e spostamento dei frammenti vengono a portare una stenosi che può essere rilevante. Nella letteratura ostetrica sono registrati molti casi in cui per calli deformi si è dovuto passare all'operazione cesarea. Il Godson di Londra eseguì nell'anno scorso il taglio cesareo seguito dall'amputazione utero ovarica, con felice esito, appunto per una tale lesione.

Si notano più spesso nella metà anteriore della pelvi; perchè le violenze capaci di determinare fratture nella spessa metà posteriore devono essere tanto gravi che necessariamente portano seco altre lesioni e mortali.

Lussazioni. — Queste sono estremamente rare. Si sono osservate come conseguenza di traumi gravissimi; in via ancora più straordinaria si sono notate lussazioni spontanee o congenite. Non è ricordato che alcuna abbia avuta importanza ostetrica, se non fosse la lussazione del coccige. La diastasi della sinfisi pubica portò in due casi ostacolo al parto per i gravi dolori suscitati, benchè per essa fossero aumentate le dimensioni della pelvi.

La testa del femore fu osservato avere ostruita la pelvi avendo perforata la cavità cotiloidea (Cazeaux), od essendo passata pel forame ovale o per l'incisura sciatica.

Tumori. — Quelli che si possono riscontrare nella pelvi appartengono alle parti molli od alle ossee.

I primi benchè vengano a portare identico ostacolo al parto non si possono ascrivere ai vizii del bacino.

I secondi possono essere molto varii per sede, volume, natura. Ma la trattazione di questo argomento esce dal limite di questo lavoro, per cui conviene limitarsi a pochi cenni.

Si distinguono i tumori delle ossa a seconda che sieno costituìti di tessuto analogo all'osseo o no. Tra i primi abbiamo le esostosi e le iperostosi; tra i secondi, o tumori eterogenei, abbiamo i sarcomi, encondromi, fibromi, cisti e più raramente aneurismi, echinococchi, linfadenomi, lipomi, epiteliomi. La sifilide nel periodo terziario produce delle gomme che aumentano il volume normale delle ossa.

Le esostosi per la maggior parte nascono dalla superficie anteriore del sacro; però se ne sono osservate anche in altri punti; sinfisi sacro lombare, superficie posteriore del pube, faccia interna dell'ischio.

Le infiammazioni, i traumi, le condizioni generali dell'organismo, tra cui la accennata sifilide, si riconoscono per le cause di queste alterazioni.

Il grado dell'ostruzione è pure variantissimo, sono stati osservati casi in cui tutto lo scavo era occupato dal tumore, ed in tutti gli Atlanti Ostetrici se ne trovano riprodotti dei mirabili esemplari, Ad esempio, in quelli del Raffaele, del Ramsbotham, del Kilian.

Quanto ai vizii d'inclinazione e direzione del baciuo essi sono pressochè sempre legati alle alterazioni vedute della rachide o degli arti inferiori, e congiunti ad altre alterazioni pelviche. Nei rari casi che esistano da soli provengono da cattive abitudini di stare, e da tumori voluminosi di altre parti che spostino il centro di gravità. Ma in questi casi le deviazioni sono poco marcate e non portano ostacolo al parto. In uno, forse unico osservato dal Naegele, il distretto perineale era rivolto all'indietro, ed il promontorio e la sinfisi pubica erano nella stessa verticale, mentre il resto dei caratteri della pelvi erano normali ed i parti furono regolari. In un altro, pure osservato dal Naegele, il distretto superiore era orizzontale ed il suo asse verticale senz'altra deformità.

Da quanto si è andato svolgendo finora mi sembra che resti dimostrato quanto fu enunciato sino dal principio, che cioè la patogenesi dei vizii pelvici si riduce alle pressioni meccaniche ed alle anomalie di sviluppo delle ossa.

Questi due elementi — pressioni meccaniche, sviluppo delle ossa — sono pure quelli che procedendo armonicamente danno luogo alla forma regolare adulta; a riprova della unicità delle leggi biologiche che reggono sì i fenomeni fisiologici che patologici. Unicità che il genio antico aveva intuito quando enunciava la sentenza: *per ea quæ vivimus ægrotamur.*

Così sono giunto al termine del mio studio col quale ho cercato di riassumere quanto si sa sull'argomento nello stato attuale della scienza, e quanto non si può trovare che lungamente ricercando molti e diversi scrittori. Scusa e conforto mi sono le parole del Mattews Duncan con le quali mi piace conchiudere:

« Ogni onesto lavoro contribuisce al progresso; poichè se il suo risultato « non è una sorgente di nuove cognizioni per tutti gli ostetrici, è probabilmente « nuovo per qualcheduno; ed il tempo speso a farlo non è perduto avendo per « lo meno contribuito ad aumentare il sapere d'un solo, e così accresciuto il « capitale comune di sapere posseduto dagli ostetrici (1). »

---

(1) *Sur le mecanique de l'accouchement normal et patologique.* Trad. par Budin, avec preface de Tarnier. Paris 1876.

UNA
RIVISTA GINECOLOGIGA NELLA COMUNITÀ DI ONEIDA
Provincia di Nuova-York.

Ingredere exiguum limen, si parva requiris,
Si magna, hinc habeas, limina magna pete.

Negli Stati Uniti d'America la popolazione si raddoppia ogni venticinque anni, per calcoli esattissimi fatti nel 1798, prima cioè che la fregola dell'emigrazione avesse invaso i popoli d'Europa. Prova evidente che la nobile stirpe dei Puritani non oppone verun ostacolo all'accrescimento della razza umana, ed a sbertare i partigiani di Malthus, secondo le cui teorie i loro cugini d'oltremare dovrebbero essere altrettanti Eutichio della Castagna, questi intrepidi Yankee, come a josa d'ogni ben di Dio son satolli, colle quisquiglie delle loro imbandigioni inondano i mercati europei, provocando quivi delle crisi con profusissimi sudori di terzana doppia.

Tanta fertilità è forse non l'ultima fra le ragioni per cui la ginecologia offre sì abbondante messe al perfezionamento dei nostri confratelli d'America, essendo legge di natura che gli organi tutti, la lingua eccettuata, si logorino in proporzione dell'uso.

Ma come per il frutteto, tale è per l'albero ginecologico, il soverchio va a scapito della bontà del prodotto; ond'è che J. H. Noyes, uno di quegli uomini che solo possono scaturire da quel pezzo di Alma Mater che si chiama America, considerando che l'*homo natus ex muliere repletur multis miseriis* non solo, ma esce al mondo impinzato da una miriade di svariatissimi microbi, che alleandosi coi confratelli del mondo esterno, lo vanno assottigliando in tutte le quattro mute, visti gli ottimi risultati dell'odierna selezione microscopica nella redenzione dei bachi da seta dal calcino e dalla pebrina, ideò una società in accomandita per la stirpicoltura, mercè la selezione macroscopica e fisiologica,

con controllo, dei riproduttori dell'uman seme, liquame oramai sbiadito, sciocco, inquinato al 99 % da proteiformi spore infettive, onde con regredienti colture risalire allo spumante elixir di lunga vita, quale a josa veniva distillato da Abramo e Compagnia attraverso quei secoli in cui il cisticerco cerebrale della coltura degli infinitamente piccoli, non regnava epidemico..... Ave, Ricostruttor della sdruscita carcassa umana!.... Il tuo nome non si perderà nell'oscurità dei tempi, come quello degli eroi dell'epoca nostra. Nel buio del futuro io già ti contemplo sopra altari eretti sulle ruine di inutili ospedali; se pure, di cellula in cellula, agli attuali reggitori della cosa pubblica, sciancati, gottosi, uremici ed emorroidari, ti fia dato sostituire ministri senza portafoglio della costituzione di Mosè, di Salomone e di Noè, i quali fatta man bassa sopra tanti cerotti di leggi, decreti e circolari, le regole sociali riconducano alla prisca semplicità del Decalogo, la giustizia amministrino senza tanto sperpero di carta da bollo e cicalar di curiali, il gran libro del credito pubblico salvino nel diluvio dei fallimenti, e ci ripiantino l'antica vigna senza labe di aracnosi, peronospora, crittogama e filossera.

Questa società retta a comunismo, e composta, com'è naturale, da filantropi e generose che si uniscono in uno scopo comune, in cui comune è il *jus foderi,* e comune, sebbene regolato da speciali bandi, tutto ciò che è parafernale, prese il nome di Comunità di Oneida..... E così un nome maledetto in tempi biblici perchè era la negazione del *crescite et multiplicamini*, doveva risorgere nel secolo decimonono per opera di una società che nelle infertili pratiche del secondogenito di Giuda crede avere trovato il bandolo dell'umano regresso alla perfezione!....

A rinvergare siffatta matassa noi non seguiremo il Noyes nelle sue interpretazioni dei versetti della Bibbia che si riferiscono al peccato d'Onan; solo dobbiamo stabilire che la Comunità d'Oneida forma una setta religiosa non inferiore per cocciutaggine ed intolleranza a quella dei Mormoni, i quali non ammettono come autentica che una Bibbia particolare scritta al tempo di Sedecia, re di Giuda (600 anni circa avanti G. C.), dal Profeta ebreo da cui trassero il proprio nome, e miracolosamente trovata sotto una rupe. Per lo studio ginecologico sulle donne di Oneida a noi solo importa conoscere le teorie pornografiche del Noyes.

Secondo questo grande Profeta la decadenza dell'umana stirpe devesi precipuamente attribuire all'incontinenza maschile, quindi è la virtù opposta a questo vizio che devono praticare i suoi proseliti, a scanso di venire esiliati dalla Comunità. A differenza però dei Tomisti che predicano: *Continentia habet aliquid de ratione virtutis in quantum ratio firmata est contra passiones, ne eis deducantur,* il Noyes ai neofiti permette il libero sfogo della concupiscenza,

purchè nella giostra amorosa non accada spargimento di seme, il quale devesi gelosamente serbare per l'occasione dei temporanei e comunistici matrimonii, consumati all'unico scopo del miglioramento della razza, fra contraenti designati dal Consiglio Comunale di Oneida.

La cerimonia del sagrificio a Venere per il Noyes non è che una sinfonia in tre tempi, a mo' di una suonata di Beethoven, in cui due anime gemelle sublimatesi sulla vetta del monte Elicona folleggiano e vanno intrecciando carole, finchè travolte in una ridda vertiginosa, ripiombano in questa valle di lagrime. In questa divisione del rito sta tutta la filosofia del popolo d'Oneida; è quindi prezzo dell'opera fissarne esattamente la misura cronometrica e l'accento.

1.° Tempo.

Introduzione: andantino grazioso per soli archi sopra il tema del Bellini: « È soave quest'incanto. »

2.° Tempo.

Allegro con moto: coro dei *Masnadieri* di Verdi per banda. Olimpica meccanica.

3.° Tempo.

Stretta finale: tempo di cappella, stile fugato della musica dell'avvenire con accordi capovolti ed impossibili. Vaginoclisma a doppia ed opposta corrente.

Premesse queste idee sull'armonia dei rapporti sessuali, il Noyes entra di botto nel campo delle applicazioni fisiologiche, e proclama che i platonici, i quali non hanno in mira la coltura della specie, ed aggregansi solo per ubbidire alle leggi dall'attrazione universale, debbono fermarsi al primo tempo, che per unanime consenso dei venerei d'ambo i sessi, per numero non inferiori alle stelle del firmamento, è il solo dei tre momenti in cui le anime gemelle vengono trasportate in un'oasi che più nulla ha di terrestre. Assioma che il Noyes doveva almeno subordinare alla peculiare idiosincrasia dei Yankee, chè, per quanto a noi consta, lo scrutinio di tale plebiscito non venne peranco fatto presso le altre nazioni incivilite.

L'incantesimo del primo tempo, che può protrarsi quanto l'odierna narcosi cloroformica, è una doccia salutare per i bollori sessuali, e si dissipa senza che minchione ne resti lo spirito e lasso il corpo.

Ai più destri nelle lotte amorose il Noyes non obbietta l'avventurarsi nel secondo periodo, ma essi debbono essere guardinghi, chè troppo sdrucciolo è quivi il terreno, nè sonvi battute d'aspetto fra questo ed il terzo tempo, nel quale è assolutamente vietato d'ingolfarsi, se non si mira alla perpetuazione della specie. L'ejaculazione del seme, all'infuori di questo proposito, non è che un fatuo fuoco d'artifizio, paragonabile alla vanagloria del cacciatore che il colpo destinato ad una pernice, esplodesse a bruciapelo in faccia dell'amico,..... pel solo piacere di scaricare il fucile.

È ciò possibile per la fragile carne?..... Sì, risponde il Profeta, purchè l'uomo vi si addestri con graduato esercizio. Accade navigando pel canale vaginale ciò che è dato di osservare giornalmente sulle sponde del Niagara. Questo fiume escito dal lago Eriè incede maestoso e tranquillo; ma a due leghe dal lago Ontorio in cui va a versarsi, l'onda s'increspa, si gonfia, per farsi poscia ripida, irrompente di balza in balza finchè sboccia e si precipita in cataratta. Nel letto placido ogni rematore è in grado di guidare lo schifo: i più esperti si spingono fin dove l'acqua comincia a borbottare e navigano persino contro corrente, ma nel *locus niger* in cui la gravità della caduta la vince su quella del corso del fiume l'incauto che si avventurasse, con un capitombolo di 46 metri precipiterebbe nello Stige..... come corpo morto cade.

Da molto tempo un curioso della natura, il Dott. Ely Van De Warker (1), ambiva di porre il piè negli andirivieni della Comunità di Oneida, al fine di scrutarne l'intima organizzazione, vedere a quale punto si trovavano i lavori della stirpicoltura, e fare uno studio ginecologico differenziale fra gli effetti del freddo e variato amore delle generose coi filantropi e quelli della costante ed ardente fiamma di Rosaura per Florindo.

Nel primo obbiettivo lo suffragò una comica di fresco uscita dall'oneidiana compagnia, in cui aveva giuocate tutte le parti, dalla prima donna giovine alla nobile squarquoia, e che Ely Van De Warker ci presenta sotto le spoglie di una misteriosa Lady..... Ma caro e simpatico mio Ely Van De Varker, se Lady è simile baldracca, con qual nome saluterò io l'avvenente e fedelissima consorte dell'Ambasciatore degli Stati Uniti presso la Repubblica di S. Marino?.... Via, non tacciarmi di superficiale volgarizzatore di esotici idiomi, se della tua incognita io mi contento di cavarne una Comare!

Fiscaleggiando la Comare, Ely Van De Warker ha messo in sodo che i ginecologi sono più saggi e più prudenti dei legulei. Affinchè l'inchiesta non fosse esca a postume recriminazioni, egli non si tenne pago di futili chiacchere,

---

(1) Questa rivista fu inspirata dall'articolo di Ely Van De Warker: *A Gynecological Study of the Oneida Community*, stampato nell'*American Journal of Obstetrics*. August 1884.

ma pretese delle risposte categoriche ad un questionario da lui diligentemente preparato, che l'incognita informatrice vergò di proprio pugno e *sottoscrisse*, del quale noi ci accingiamo ora a tentare un estratto il meno acquoso possibile.

1.

« Per essere ammessi nella Comunità conviene essere di sana costituzione fisica ed avere varcato il secondo lustro. L'adolescenza è il periodo cui si dà la preferenza, essendo questa l'età di transazione dai giuocatoli infantili ad altri trastulli che stuzzicano l'appetito in ragione diretta dell'astinenza, e che conviene soddisfare affinchè non degeneri in mala abitudine. »

2.

« Nella Comunità esistono tuttora cinque mie amiche che ai ludi nuziali furono ammesse dai nove ai dieci anni, avendo fin da tale età provato quel certo nonsochè per cui l'animo non si contenta più del solo amore pel gatto e pel canarino. Una vide tosto il viso placido della Luna, due ottennero grazia dai 13 ai 14 anni, e nelle restanti vacarono i benefizi, trapassando a tarda pubertà fra le spine ed i triboli dei *pales couleurs.* »

« I garzoni già valenti all'età dai 13 ai 14 anni, ed inetti a stringere i freni a tempo debito, vengono appaiati con agguerrite amazzoni nella posizione ausiliaria della menopausa. »

3.

« I rapporti sessuali erano di molto incoraggiati. Si predicava ognora alle giovinette, che a misura dell'abnegazione da esse dimostrata nel procurare agli uomini ogni diletto, esse avrebbero riscosso un culto da avvicinarle a Dio. L'incoraggiamento è spinto a tale punto che, mentre urge il rito, appositi ufficiali ammoniscono ed incitano quelle coppie che danno sembianza di patire un po' di distrazione. »

4.

« I decreti e le circolari che regolano il servizio delle alcove non mancano, tuttavia qualche scandaluccio è sempre all'ordine del giorno, ... ed anche della notte, ond'è che più volte udii il Noyes a masticare fra i denti:

Le leggi son, ma chi pon mano ad esse?

Sentenza che mi dissero uscita per la prima volta dalla bocca di un sommo Mirabolano degli Stati Uniti d'Italia vedendo la scienza farmaceutica, ridotta

caduca più della stessa decidua, riparare nelle bacheche dei merciaiuoli, dei salsamentari e delle erbivendole.

5.

« Quei diavoli di filantropi nulla hanno da invidiare ai Satiri della mitologia. Le chiamate, per sè già frequenti, proliferansi ancora col *bis, terque in idem.* La continenza essendo solo imposta all'uomo, la donna converte la bollente cascata dell'Oneida in uno *skating-ring*, e quando con lena affranta esce alfin fuori dal pelago alla riva, mira attonita il furor del suo Orlando, il quale

Sta come torre fermo, che non crolla
Giammai la cima per soffiar di venti.

« La generosità è per regola gratificata ad usura, ed io conobbi donnine e matrone fare delle scorpacciate di frutti proibiti, allo scopo di gustare, fra i tanti acerbi, anche lo squisitissimo al loro palato. »

6.

« Il Consiglio Comunale è severissimo quando *agitur de sexto.* Sono considerati fornicatori coloro che si aggiogano alla chetichella e senza il visto della superiore autorità. »

7.

« Scimmiottando l'etichetta delle feste da ballo presso i popoli civili, l'invito ad accoppiarsi nella Comunità d'Oneida parte ognora dal damo, non di moto proprio però, ma coll'intermezzo dell'Araldo Comunale, uomo di sagacia e prudenza a prova di bomba, che le richieste tutte va giornalmente segnando sul libro d'oro della Comunità, col prenome e nome tanto del petitore come della requisita, precisando nella colonna di quest'ultima se l'offerta venne accolta con slancio, con smorfie, oppure se fu respinta.

« Le repulse non occorre siano motivate; però gli uomini essendo tutti eguali nella Comunità d'Oneida, ove la ritrosia fosse patognomonica di speciale prurigine della requisita per qualche Romeo, chi si crede leso nei suoi legittimi diritti, si munisce di un estratto della colonna della bella Giulietta, e va a piatire nanti il Paciere della Comunità, uomo cui la nenia

Te sol, te sol quest'anima

fa montare la senape al naso, più che l'inno di Garibaldi ai delegati di sicurezza pubblica delle città da lui conquistate. La sentenza per lo più autorizza la con-

fisca del bel Adone a comune beneficio, e la rea confessa viene esclusa da ogni partecipazione sociale col suo favorito, finchè il multiplo che le si addebita non risulti esattamente diviso pel comun divisore. »

8.

« A mia memoria c'erano per lo meno sette od otto pregnanti per anno, di cui una o due fortuite: in queste era per lo più difficile la ricerca della paternità, ed il prodotto veniva dichiarato figlio di un curioso accidente. »

9.

« L'aborto non venne mai praticato, che io mi sappia, ai tempi del comunismo sociale: ciò che sia avvenuto dopo l'istituzione del matrimonio comunistico, io non sono in grado di specificare. »

10.

« Ignoro se una tabella speciale fissasse la rispettiva età delle parti belligeranti nella giostra sessuale. Durante il mio internato era ben raro che ad un giovanetto sotto i vent'anni si concedesse di accoppiarsi con donna la quale non avesse varcato il mezzo del cammin di sua vita, a scongiurare una superfetazione di gravidanza: le ragazze a men di venti primavere venivano aggiogate con uomini di oltre otto lustri: il colmo del perfezionamento fisiologico e morale era da esse raggiunto quando venivano ricercate da uomini dai cinquanta ai settant'anni:

Eccellenza, qual onor
Far felice un senator! »

Qui finisce il rapporto della misteriosa informatrice; via!... per una Comare non c'è maluccio. Così avesse l'Ely Van De Varker potuto corrompere la Mammana della Comunità ed avere una relazione esatta sui risultati fin qui ottenuti dalla stirpicoltura, intorno a cui egli non spende che poche ed inconcludenti parole! Volendo tuttavia precisare in termini commerciali il valore dei lavori fin qui eseguiti sopra tale terreno, diremo che il dividendo delle azioni della Stirpicoltura è alla pari colle obbligazioni della Medicina Pratica per l'utile che questa deriva dall'ingombro sul mercato di tanti pieghi suggellati e note preventive, con cui è

Meglio involgere il salame
E il tabacco da fumar;

epperò chi brami oziare nei pronostici di ciò che sarà per essere l'uomo nel 1985,

meglio che ai risultati del Noyes, si raccomandi all'umoristico romanzo del nostro Ghislanzoni: « Abrakadabra, ossia Storia dell'Avvenire. »

Ed ora che noi entriamo nell'Istituto Ginecologico di Oneida, cediamo la parola ad Ely Van De Warker.

« Nell'autunno del 1877, il Dott. Teofrasio Noyes, cugino dell'Altissimo Profeta di tale nome, mi palesava, nei frequenti rapporti che in quel tempo ebbi con lui, la nube di scontentezza che opprimeva allora il popolo d'Oneida, appunto per gli effetti che essi risentivano nella salute in conseguenza dei loro metodi amatorii. Siccome il soggetto offriva un grande interesse fisiologico, io gli significai il mio desiderio di intraprendere una serie di studi al riguardo. Egli ritornò all'ovile e circa una settimana dopo riceveva da lui un cortese invito di recarmi ad Oneida a compiere i miei studi sopra alcune sue clienti. »

« In quel tempo (io ben n'era informato), erano già sorte due fazioni nella società, l'una in favore e l'altra contraria al sistema fin allora in vigore, e fu tale divisione che quasi ridusse allo sfacelo la Comunità. Io non saprei dire se le mie esplorazioni furono concesse per consenso unanime d'ambo i partiti, oppure, se da un solo, quale il consenziente e quale l'oppositore; ad ogni modo io ebbi campo di esaminare un quarto delle interne, e forse buon nerbo ancora si sarebbe prestato alle mie investigazioni scientifiche, se un ordine perentorio del Patriarca della Comunità non avesse fatto sospendere la rivista. »

« Io mi accinsi all'opera tosto dopo la colazione, e la continuai finchè il dì cominciava a declinare. Ad una ad una sfilarono le belle Oneidi nella camera da letto del Dott. Noyes, e dal modo con cui le esaminande si presentarono potei arguire che a ciò non furono coatte, nè scelte con artifizio; venivano infatti e giovani e vecchie, cioè chiunque non facesse la schizzinosa a giacere fronte indietro e col di dietro in fronte sull'elegante seggiola ginecologica del Chadwick. Erano tutte, bisogna pur che lo confessi, fior di gentildonne, brillanti, spiritose e nello stesso tempo di un contegno inappuntabile (sic). »

« La Comare di cui ho tesaurizzato gli appunti in questa memoria dice: « in teoria i rapporti sessuali andavano soggetti ad una stretta regola, ma vi era una certa latitudine nella pratica. » Per quanto io ho potuto constatare, bisogna rendere giustizia alla Comunità contro i fantastici racconti di estrazione a sorte, di ragazze messe alla riffa o prese a raffa raffa, o di altre scavezzate licenze divulgate da favolosi corrispondenti di giornali. Sopra questo punto io ho assunto informazioni, come base preliminare del mio studio: coloro che me le fornirono furono i Dottori Noyes e Coragin, in allora addetti alla Comunità in qualità di sanitari. »

« È vero quanto asserisce la Comare, che le leggi socialistiche spesso erano violate, ma un tale fatto si può forse classificare fra le eccezioni negli stessi

amori alla Zelinda e Lindoro? .... Del resto non è men vero che simili trascorsi non passavano senza rimprovero nel sinedrio dei capoccia. »

La guarnigione di Oneida si componeva nel 1877 di un battaglione di fanteria leggiera e di uno squadrone di cavalieri, forte ciascheduno di duecento e cinquanta persone. Dei cavalieri non si curò menomamente l'Ely Van De Warker; e sì che uno studio fisio-patologico sulle condizioni dei cordoni del Goll in questi sfegatati amanti del puro dinamismo, sarebbe riuscito di non comune interesse! .... Per avventura anche la rivista dello squadrone gli balenò in mente, ma poi da pretto ginecologo pensò di lasciare in pace l'altrui epididimo, per tema che mal non incogliesse al proprio, chè il tocco di tale tasto facile è che risvegli *il noto fenomeno del piede.* La fanteria all'incontro venne da lui perquisita in tutti i sensi, notando di ogni corifea le antecedenti condizioni sociali, l'età, il colore della pelle, l'entrata e l'uscita alla cassa della Luna, ecc., ecc., e fu il soverchio delle sue tabelle che ruppe il coperchio, per cui la rivista venne sospesa.

Affinchè il benigno lettore non abbia a perdere la bussola dando del capo in simili tavole, noi ci studieremo di plasmarle a beneficio comune nel seguente riepilogo:

1.

Più della metà della milizia femminina di Oneida venne reclutata fra la popolazione rurale. Ciò si accorda con quanto venne osservato intorno ai movimenti religiosi eterodossi. I rovelli, i punti d'interrogazione, i microbi religiosi che inquinano il cervello di coloro che si abbandonano a religioni erratiche, parvero trovare ognora la loro beva nell'isolamento e nella quiete della vita campagnola. Il restante contingente è fornito da ragazze, i cui parenti erano dati alla mercatura ed alle arti meccaniche, due eccettuate cioè (*erubesco referens*), la figlia di un ecclesiastico e quella di un medico.

L'età delle quarantadue donne esaminate è così ripartito: dai 15 a 20 anni — 6; dai 20 ai 30 — 12; dai 30 ai 40 — 11; dai 50 ai 60 — 4; più cinque colle rispettive primavere seguenti 62, 71, 72, 79, 80.

Viste dal colorito si hanno 30 bionde, 9 brune e 3 di tinta oscura (mulatte?).

2.

È un punto riguardevole l'età precoce, in cui una larga parte di queste femmine ebbe a mestruare per la prima volta, cioè 1 ai 10; 11 ai 12 e 12 ai 13

anni; onde si arguisce che circa il cinquantotto per cento delle educande di Oneida fruirono dei benefici lunari due anni in anticipazione dell'età media per il clima degli Stati Uniti. Molte cause possono influire a dare tale risultato, ma la principale si deve ravvisare nell'ambiente sessuale che le avvolge eccitandole fisicamente e moralmente. Sedici fra queste ragazze a mestruazione anticipata furono licenziate alle nozze comunistiche dai 10 ai 13 anni.

Paragonando la colonna del peso generale contro a quello dei casi di prematura ammessione al concubito, noi vi ritroviamo la corrispondenza di una giusta media, nè scadente è in esse il dato fornito dalla misura del casso toracico, che segna una media di 34 pollici, locchè forma un tocco di vita che supera l'ordinaria della donna adulta. Da studi fatti sopra questo soggetto l'Ely Van De Warker ha desunto che negli Stati Uniti la ragazza tredicenne ha circa quattro pollici da addizionare alla statura, e venti libbre al suo peso per raggiungere il medio sviluppo delle donne adulte.

Per quanto il corollario possa dare olezzo d'immoralità, l'Ely Van De Warker non può schermirsi dallo statuire che l'anticipazione dei ludi sessuali non scema nelle ragazze la disposizione a diventare bei pezzi di dragone.

3.

Come antitesi a questo studio della precoce vita sessuale Ely Van De Warker offre in una tabella la scala dell'età relativamente avanzata, in cui parecchie donne furono graziosamente ammesse al matrimonio comunistico. Su cinque di esse noi troviamo una media età di quarantotto anni, che si distende fra un maximum di quarantatrè ad un minimum di cinquantadue anni. Queste megere avevano tutte contratte regolare matrimonio prima di entrare nella comunità, e si erano accostate a legittime nozze in età piuttosto superiore all'ordinaria, cioè sui ventisette anni. Si potrebbe arguire che queste femmine si trovassero a pigione aggregandosi a questa strana società ed iniziandosi così tardi al nuovo regime, ma se noi prendiamo ad esame le loro condizioni fisiche sulla guida del peso del corpo e della misura del torace, apprendiamo che le sono arzille vecchiette, e sottoposte ad un minuto esame sui sintomi da loro provati nei primi passi dell'antico al nuovo sistema, esse risposero d'avere varcato il Rubicone senza spiacevoli sconcerti.

4.

Seguitando la nostra analisi della Tabella N. 1, noi troviamo un gruppo di cinquantotto bambini, quaranta dei quali messi al mondo da madri che avevano

gustato le ordinarie nozze prima di fare parte della Comunità, dove la rimanente trentina di femmine offre appena una fecondità complessiva di diciotto marmocchi: nella prima categoria sono da aggiungersi due aborti, e quattro nella seconda. A maggiore schiarimento di questo punto, ecco un estratto della prima Tabella per quanto vi si riferisce:

N. delle donne	N. dei parti per ciascheduna	N. degli anni di rispettiva permanenza nella Società
2	6	11 28
4	4	25 26 27 30
2	3	15 18
8	2	x 15 18 29 29 30 32 35
8	1	12 20 20 20 25 26 29 29
18	0	1 2 11 12 17 18 18 18 19 20 21 21 25 25 28 29 29 29

Questi dati, proclama Ely Van De Warker sono una prova lampante che la filosofia di J. H. Noyes è positiva, e che niuna altra società d'assicurazione contro gli inconvenienti della gravidanza può contendergli la palma. E sia,.... ma voglio la controprova. Si compiaccia l'Ely Van De Warker d'ispezionare la legione delle silfidi patentate di Nuova York (se pure tale istituzione l'America ebbe in retaggio dall'Europa), alla stregua stessa della rivista passata alla guarnigione di Oneida, calcolandone gli anni di permanenza dall'iscrizione legale al ruolo, e se la percentuale dei loro marmocchi sarà superiore a quella delle Oneidi, concederemo la privativa al Noyes.

E qui mi calza riferire in proposito l'opinione del nostro Giambattista Borelli. L'emerito chirurgo dell'ospedale dei SS. Maurizio e Lazzaro di Torino, il quale può menar vanto di avere praticato con successo delle laparatomie, molto prima che tale nome rimbombasse negli ambulatori delle cliniche, e la chirurgia fosse governata col rigore del sistema antisettico, ormai satollo di eresipola e putredine nosocomiale, si è dato alla cura delle escandescenze e delle cancrene sociali, inaugurando una letteratura nuovissima, cioè il romanzo fisio-terapeutico (1). Nel racconto « Amore e Voluttà » egli va minutamente dissecando la

(1) Giambattista Borelli. Fisiologia dell'amore in quattro racconti, con breve discorso sul romanzo. Roma, 1884.

sua eroina, Nanetta di Boves, dallo stato embriologico fino all' autopsia giudiziaria praticata 40 ore dopo il decesso sopra il cadavere di donna sui 26 anni, soccombuta per causa di eccessi venerei. Questa Messalina in un' orgia notturna aveva messi fuori di combattimento quattro cavalieri, esautorate tribadando due putelle a forte e virile petto, e qual lupa insaziabile con questo e con quello ritentava cimentarsi, quando l' incolse un' apoplessia cerebellare fulminante. Nell' epilogo, il capitolo: « Fisiologia di Nanetta » si chiude colla seguente considerazione:

« Ancora una particolarità fisiologica. »

« Nanetta, malgrado occasioni centinaia e centinaia di volte ripetute non contrasse mai gravidanza. »

« In essa le convulsioni voluttuose, ripercosse sugli interni organi, dovevano chiudere ogni adito al trascorrere ed incontrarsi di quegli elementi dai quali deve sorgere la fecondazione ed incominciarsi la gestazione. Poi anche incominciata, come progredire sotto la sferza spasmodica di una voluttà stanca talvolta, non mai sazia? »

Ecco l'*errata-corrige* con cui, secondo noi, devono essere valutati i risultati del brevettato sistema Noyes.

5.

Se si tenga a mente che questo è uno studio non sopra un gruppo di donne che abbia avuto il pasto regolare degli amplessi sessuali, ma bensì lo scrutinio sopra una conventicola di femmine che esperimentò artifizii amatorii i più inauditi, di grande interesse si presenta la tabella seconda, destinata alle loro condizioni fisiche generali; di cui noi imprenderemo l' esame solo delle principali.

Incominciando dalla digestione troviamo fra le 42 esaminate, che tale funzione era normale in 31, mentre le rimanenti 11 soffrivano qual più qual meno di indigestione.

Il *menu* dei pasti nei primi anni della fondazione della Comunità era esclusivamente tratto dal regno vegetale, e l' Ely Van De Warker non sa comprendere il concetto filosofico che il Noyes annettesse a questo vitto da eremita. Noi siamo ben lieti di fornire al ginecologo americano una probabile soluzione del problema, ed è di nuovo la Nanetta di Boves che ce la impresta. Il benigno lettore non avrà certo dimenticato che il sogno del Profeta degli Oneidi sta nell' avere buoni riproduttori dell' atavo seme, curandosi solo in via affatto secondaria del vaso che poi deve riceverlo. Ora nella « Fisiologia dell' Amore » il Borelli scendendo a parlare dei misteri della fecondazione, fra le tante supposizioni cita pure le seguenti:

« Secondo Erasmo Darwin il sesso sarebbe determinato dell'immaginazione prevalente del padre verso l'uno o l'altro sesso al tempo della fecondazione. Un illustre e antico mio collega, il Bellingeri, faceva dipendere il sesso dall'uso abituale delle vivande del padre. Se prevaleva il regime vegetale si generavano maschi, se l'animale, femmine! »

La teoria del Bellingeri non diede quei risultati pratici che il Noyes si ricomprometteva, epperò nel 1877, all'epoca della rivista, parecchi membri della Comunità consenscienti i sopracciò, avevano adottato una dieta mista dei due regni organici. L'Ely Van De Warker fra le tante ed interessanti osservazioni, dimenticò di sindacare il numero delle pure certosine e gli effetti differenziali del loro regime in confronto a quello delle carnivore.

6.

Il polso segna una media di 76 battute per minuto, fra un minimum di 70 ed un maximum di 96. Ely Van De Warker, ognor tenero ginecologo, se non indulgente moralista delle teorie del Noyes, quest'uniforme elevatezza pone a debito dell'emozione delle esaminande di fronte ad uno sconosciuto, e si consola pensando che tale media è inferiore a quella notata per le persone che sono visitate prima di ottenere la polizza d'assicurazione sulla propria vita. Noi siamo meno ingenui. *Ab assuetis non fit passio*, ci lasciarono scritto i Latini, e le colombe d'Oneida, use a scherzare con uccelli rapaci d'ogni colore, non si sgomentano al certo alla vista dei calzoni di un ginecologo. Nè regge il paragone che egli fa fra due ispezioni sanitarie a scopo affatto differente: altro è fare testamento, altro mostrare il capezzolo della mammella, massime per chi si crede di possedere il secreto perchè la non inflaccidisca.

L'ottimismo di Ely Van De Warker si fa ancor più zoppiccante nell'impostatura dei gradi di calore delle Oneidi, che venne da lui calcolato mantenendo fedelmente il termometro per cinque minuti in vagina. Egli asserisce che la temperatura di quest'organo non deve superare l'ascellare che di 1° a 1° 1/2 Farh. = a 0,6 a 08 C., eppure consultando le sue tabelle noi vi troviamo una media di 99° Fahr. = 37,2 C. per un minimum di 98° 1/2 Farh. = 37° C. ed un maximum di 101 Farh. = 38°.3 C. L'eloquenza di tali cifre è tale che l'Ely Van De Warker per poco non è costretto ad ammettere che la frequenza dell'amplesso, prolungato probabilmente oltre allo spazio assegnato dalla fisiologia del coito, abbia fatto scaturire nelle parti genitali una sorgente di calore superiore all'ordinaria: ma poi l'idea sembragli triviale, e vacilla, e rumina, e va torturandosi il cervello finchè un'idea luminosa gli balena alla mente; egli ha sbagliato la procedura, cioè introdusse ognora il termometro in vagina dopo

l'applicazione dello speculum. Dopo siffatto scandaglio le pagine della vagina non si riducono tosto in pristino, come le valve dello strumento che le dilatò; l'ostio vulvare atteggia le piccole labbra a dolce sorriso, se pure da impertinente non ride di riso sgangherato in faccia al suo palombaro, e per la beante (patolous) rima, gli zeffiri curiosi stabiliscono un va e vieni euritmico col mantice della respirazione, che il saliscendi di Mercurio scombussola. L'idea è talmente peregrina, che in grazia della sua originalità si può perdonare all'Ely Van De Warker l'errore di fatto che essa contiene: perchè egli è evidente che così correndo la bisogna, la temperatura vaginale non dovrebbe superare quella della ascella, ma accostarsi più o meno a quella dell'ambiente esterno, seguendo la proporzione della maggiore o minore permeabilità dello spiraglio vulvare.

Noi siamo di parere che la differenza di 1° a 1° 1/2 Farh tra la temperatura vaginale e l'ascellare non sia dato osservarla che quando il termometro viene applicato all'ombra della passione, chè allorquando dardeggiano gli infuocati raggi della voluttà, e la tigre reclama la sua vittima, la vagina sta al cavo ascellare come il Cancro sta al Capricorno. Circa l'influenza dell'applicazione dello speculum sulla temperatura vaginale, conviene ognora avere presente, che la proposta di simile scandaglio, a mo' delle ambasciate dell'Araldo della Comunità di Oneida, viene dalle donne o respinto senz'altro, od accettata con smorfie oppure con represso slancio. Per queste ultime lo strumento metallico si converte nelle cetere del primo periodo sinfonico del Noyes, e la temperatura segue la ragion del celeste incanto. A questa categoria spettano le donne sondate da Ely Van De Warker, epperò addizionando le impostature del polso e quelle della temperatura vaginale da lui registrate, noi non esitiamo a dichiarare contrariamente al verdetto del nostro collega d'America, che le belle Oneidi languono di « Febbre isterica con omopatia erotica. »

7.

Nella tabella III sono registrate le vicende della funzione mestrua. Presa nel suo complesso essa non differisce gran fatto dalle analoghe statistiche operate sopra un egual numero di donne maritate colte nel *pot-bouille* della loro vita in un trin-tran ordinario, e se per giunta consideriamo che alle donne oneidiste sono imposti compiti speciali e gravosi nelle varie mansioni della vita comunistica, si ha buono in mano per asserire che le femmine d'Oneida non vanno soggette ad alcun disturbo mestruale specialmente imputabile al loro metodo d'amplesso.

8.

Gli organi sessuali, esaminati attentamente, apparvero incamminarsi al riposo senile in un placido tramonto di catarro uterino. Del resto i raffreddori uterini in donne che sono accondiscendenti nei rapporti sessuali è così comune, che quando è leggiero va considerato come un sintomo fisiologico anzichè patologico. Ciò si è detto affatto genericamente di quei catarri periodici, i quali seguono la chiusura della mestruazione, e l'Ely Van De Warker opina che si possa dire lo stesso della costante fioritura in donna agli albori della sua entrata in funzione.

La tabella V dimostra essere di questo carattere una larga proporzione di leucorree, e perciò non vanno considerate in modo distinto pel gruppo speciale di donne da noi studiate. Tralasciando quelle del menzionato carattere, noi abbiamo una prevalenza di condizioni ad un grado che richiede commento. Ely Van De Warker classifica 15 di queste donne in cui la secrezione si riduce a mera fioritura fisiologica, quando nelle rimanenti 27 acquista il carattere di profluvio patologico. Mentre, ei dice, sarebbe temerario il proclamare da questo numero di casi, che la continenza mascolina sia la causa dello stato catarrale nelle donne esaminate, d'altra parte è teoricamente giustificata la supposizione che in donna abituata a frequenti e duraturi amplessi, la deficienza dell'ejaculazione del seme, rilassante e ad un tempo sedativa, favorisce l'iperemia passiva che in grande misura è cagione di catarro uterino. La condizione sociale di queste donne può essere considerata come poliandra, e se questa circostanza possa fomentare i risultati sopradescritti anche senza la pratica della continenza maschile, noi lasciamo che il lettore lo giudichi da sè stesso. Le sacerdotesse della società equivoca vanno soggette a qualche incommodo catarrale dell'utero, ma siccome esse sono esposte ad altre intemperie, da cui le donne di Oneida vanno riparate, non è il caso di trarne deduzioni comparative.

9.

Dando una rapida occhiata alla Tavola VI, in cui sono registrate le condizioni dell'utero e della vescica, si rileva che solo il 17 p. % delle donne possono riguardarsi in istato normale dal punto di vista ginecologico. Come ciò possa conguagliarsi colla media delle donne normali Ely Van de Warker confessa di non essere in grado di dirlo. Tutte queste donne, una o due eccettuate e di cui non si fece caso, credevano di fruire perfetta salute, ed ove si fossero trovate sparpagliate nell'ordinaria società non avrebbero ricorso al medico per la cura

dei guasti locali che sono casellati in detta tabella. Da questo punto di vista esse possono favorevolmente paragonarsi alla falange delle altre donne laboriose che esercitano il ministero sessuale nel largo mondo.

Più della metà presentano la posizione dell'utero in stato normale; delle rimanenti quelle con antiflessione del collo e della porzione vaginale, devono probabilmente accagionarne la forma evolutiva, ma se per questa ragione si volessero di qui escluse, dovrebbero pure bandirsi da ogni serie di tabelle. Più di un terzo suppedita variazioni dalla normalità nelle condizioni del collo, e la metà di esse scompagnate da anomalia di posizione dell'utero, a comprova che il disguido è dovuto a cause che condussero ad una cronica iperemia di tale organo. Questi cangiamenti nella condizione della cervice sono associati in tutti i casi al rammollimento della porzione vaginale, mentre è lo stato opposto che i ginecologi sogliono trovare. I diametri dell'utero costituiscono la caratteristica più preziosa della tavola VI, e da essa rilevasi l'assenza singolare dell'ipertrofia generale di tale viscere. Le magagne della vescica e dell'uretra appaiono frequenti in questa tabella, ed aumenta il valore di questi sintomi ove si consideri che la loro presenza non s'accompagnava a vizii di posizione dell'utero. Ciò secondo l'esperienza di Ely Van De Warker è contrario a quanto è dato osservare nella pratica giornaliera. Impotente a dare una spiegazione di tale fatto, egli crede che la persistente iperemia negli organi pelvici possa esserne la causa determinante.

10.

Nell'impostazione di colonne consacrate al sistema nervoso è di primario interesse la filatessa straziante dei malanni e sofferenze in ogni forma. In totale vi è una litania lamentevole di 18 donne, in cui i sintomi accusano che è intaccato direttamente il sistema nervoso. La sacralgia e l'ovoralgia sono sintomi predominanti, che indicano disturbi dei centri nervosi da cui scende la riproduzione. **Quanto allo stato mentale** (sono parole di Ely Van De Warker), **appena qualche caso in cui si accusasse un lieve accasciamento di spirito, ed è notevole che l'isterismo era completamente assente.**

Questa spampanata transatlantica è un fulmine a ciel sereno contro la materiale psichiatria europea, la quale degli alberghi di virtù a vita contemplativa fa poco men che delle succursali dei frenocomi, la Michel ed i suoi adoratori classifica fra i neuropatici con appena qualche intervallo lucido, e le apparizioni infinitamente mistiche rilega fra le escandescenze di menti istero-epilettiche!... O dunque l'isterismo dalle sue forme più miti alle manifestazioni ultra, è ognor latente presso gli americani, oppure per lo gemino emisfero è vera la sentenza

del Pascal: « Gli uomini sono tanto matti, che sarebbe già un matto di nuova specie chi non lo fosse. »

. . . . . .

M'ange grave il dubbio di non essere della nuova specie del Pascal!... La filosofia del Noyes, le elucubrazioni dell'Ely Van de Warker sullo stato sanitario della Comunità di Oneida scompaginarono talmente il mio cervello che in pien meriggio parmi di veder la luna nel pozzo. Finchè Febo impera, vo reagendo all'aspro assalto, ma non appena le stanche ciglia si chiudono al sonno, la mente mia vaga in preda ad uno strano delirio. Novello Columella di Ritorno dagli Studi di Padova, mi veggo trapiantato nella suburra degli Oneidi, che in proteiformi sembianti di silvani e di streghe, di fauni e di maliarde, di satiri e di odalische si vanno trastullando alle mie spalle:

Oh malora quanti matti!....

Ecco l'incommensurabile Patriarca che grave s'avanza, *more Genuensium super sua testium gubernacula percutiens,* infischiandosi delle mie oneidiche eresie. Lo segue un nugolo di silfidi che m'annoiano

Parlandomi d'amor
Coi loro vaghi fior.

Di qui è una falange di odalische che le piccole labbra atteggiano al sorriso, di là uno sciame di megere che, fronte indietro e col di dietro in fronte, ridono sgangheratamente. Pudico m'arretro, e casco in un'imboscata di satiri *signacula maris ostendentium,* che il colpo destinato ad una pernice mi scattano ignominiosamente a tergo..... Ora si fanno piccini....., piccinini....., microbitici, ed io in mezzo a loro di tanto mi estolgo che il Colosso di Rodi in confronto non è che uno spirillo. Cessa l'ansia che mi turbò: son padrone del campo microscopico e già m'accingo a trattare lautamente questi Tom-Pouces in sessantaquattresimo con gelatina peptonizzata, intasco la preparazione, e vado a salpare per l'Europa carico di una intera comunità americana, defraudando *The New York and Genoa New Navigation Company* della bagattella di cinquecento posti di prima classe, quando, ahi lasso!.... sul portoggetti e cellule, e nuclei e nucleoli si fanno d'un tratto gigantissimi, mentre io vo raggrinzandomi fino a non più esprimere che la virgola di una dejezione colerica. Ruggono allora gli impazienti Orlando, squittiscono le ardenti Nanette

di Boves, e questo *cancan* perdura con un crescendo continuo fino allo scoccare della mezzanotte, ora climaterica in cui irrompono all' unissono colla loro sinfonia, ... e convien suonare. Poi, facendo del cul trombetta, vibrano uno screanzato squillo che fende l'etere tutt'intorno, s' oscura il loco, e dileguansi ..... Ed io solingo, errante e misero, intontito e sconquassato m'esaurisco invano a cercare una via a più respirabil aere, ... quand'ecco in tanto buio l'ombra apparir maestosa e placida del Lombroso.

L'illustre autor del *Genio e Follia* con aria di buonomo m'interroga, mi squadra, mi pesa, mi titilla, mi patella, eccita tutti i suoi riflessi fino al circonflesso scapolare, e stringendosi nelle spalle, spiffera *a son malgré* la diagnosi che scende ipnotica sull'agitato spirito mio, di *Follia senza Genio.*

Dalle sponde della Dora Baltea, 30 giugno 1885.

AGRICOLA.

TRE OVARIOTOMIE ALL'OSPEDALE CIVICO DI PALERMO

LETTERA

del Dott. GIOVANNI COSENTINO

A. S. S. Ill.ma

il Sig. Prof. SALVATORE SCICHILONE

Commissario Governativo per l'Amministrazione di detto Ospedale.

SIGNORE!

Le scrivo sotto la penosa impressione degli effetti fulminanti della peritonite settica, che trasse in pochi dì inesorabilmente a morte una povera giovine, di robusta costituzione, affetta da ciste ovarica, per la quale venne in questo nosocomio operata.

Allorchè mi accinsi, or son sei anni, ad eseguire le ovariotomie nel nostro paese, in un tempo in cui molti dei nostri esercenti credevano, che l'operazione non potesse essere eseguita con speranze di successo, feci i maggiori sforzi per mettermi al coverto della infezione settica della ferita, che è la principale e potentissima causa di morte delle operate. Una triste esperienza, acquistata nei vecchi ospedali, mi aveva dimostrato ad evidenza la necessità della rigorosa esecuzione di tale precetto. La maggior parte delle operate in quegli ospedali, astrazione facendo dalle altre cause concomitanti, morirono di setticemia.

Ora, stantechè il nostro ospedale civico, sebbene ripulito e tenuto nelle migliori possibili condizioni igieniche, è costruito sul modello degli ospedali vecchi (grandi corridoi in comunicazione fra di loro senza sale isolate e di ricambio) mi tenni sempre lontano, sacrificando tempo e denaro, dai miasmi nosocomiali, ed eseguii le ovariotomie fuori l'ambiente ospedaliero e fuori la cinta della città.

Dall'aria pura degli ameni giardini della Conca d'Oro invocai il principale aiuto in un campo disseminato di spine, e le prime nove ovariotomie (1) in

---

1) Due di queste operate appartengono alla pratica civile.

questi luoghi eseguite furono coronate dal più brillante successo; le nove operate, alcune delle quali con prolungate e gravi manovre, guarirono rapidamente senza un grado di febbre nei giorni di cura; un risultato del 100 per 100, che diede credito presso di noi all'operazione fino allora ritenuta formidabile.

Ma sventuratamente, malgrado tali risultati, i Signori Amministratori dell'Ospedale, che avevano agevolato l'impresa, cominciarono a lamentare la spesa, che ciascuna operata apportava, e nella tornata del 29 agosto del 1883, per ragioni di economia, sulla istanza da me fatta di tenere a permanenza annessa all'Ospedale una villetta di salute per le laparotomie presero la seguente deliberazione.

In esito alla domanda della S. V. onde affittarsi ad anno una casa da servire per le operazioni di laparotomie, le manifesto, che il Consiglio di Amministrazione ha deliberato di affittarsi la casa, ogni qualvolta se ne avrà bisogno; beninteso, che per le ammalate povere la spesa andrà a carico dell'ospedale, e per quelle ricevute a pagamento a carico delle stesse inferme.

Questa deliberazione, che avrebbe portato, come dimostrerò, peso maggiore al bilancio ospedaliero, non avrebbe potuto in ogni caso tradursi in atto per le gravi difficoltà, che presentava la sua esecuzione; e difatti si durava gran fatica, massime in certe stagioni dell'anno, ad avere in possesso una casetta adatta alla bisogna, sia per il gran numero dei villeggianti, sia perchè il proprietario, per i noti pregiudizii, si rifiutava di fittarla ad uso d'infermeria.

Sicchè, stanco delle fatiche precedenti e sconfortato da queste gravi difficoltà, migliorate le condizioni igieniche di S. F. Saverio, facendo troppo a fidanza coll'opinione, che per il metodo ansettico avrebbe potuto rendersi non assolutamente necessaria la condizione di un locale puro, mi persuasi ad operare nelle sale dell'ospedale.

E vi fui tanto più trascinato, in quanto che fu messa a mia disposizione una delle stanze a pensione, la quale, sebbene separata da un breve corridoio della sala bambini, può venire abbastanza bene disinfettato. Ma, all'infuori della pura e semplice pulitezza, null'altro può sperarsi di un locale piccolo, destinato ad albergare talora più di 400 infermi di malattie acute e croniche, e dove, eludendo qualunque sorveglianza, serpeggia, sia pure per un solo istante, il germe del flemmone, della erisipela, della setticemia, del vaiuolo e di altri processi infettivi.

Operando poi in una sala di ospedale, aperta a tutti i sanitari, non possiamo metterci al riparo di certi speciali germi, come quella della erisipela e del flemmone, che resistono all'azione del tempo e a quella della più accurata disinfezione.

La mia persuasione, dice a ragione l'Hegar, è questa, che vi sono dei

veleni che agiscono in così piccola quantità e sono così resistenti, che o sfuggono alla più accurata autisepsi, o non ne sono distrutti. Del veleno erisipelatoso è già provato che la sua efficacia non viene neutralizzata dallo spray e dall' intiero metodo antisettico. Nelle operazioni alle parti esterne l'erisipela è adunque solo pericolosa, nelle laparotomie conduce sicuramente a morte (1).

La ragione principale, che le operate in locali infetti soccombono, risiede appunto nella impossibilità di ottenere un ambiente puro, come va inteso; giacchè l'accendere lo spray nella sala d'operazione, il disinfettare le suppellettili, il lavarsi le mani operatori ed assistenti, che sono stati poco prima in diretto contatto con altri infermi, non rappresentano, che la parodia del metodo antisettico, cui invochiamo il felice successo.

Un' ospedale poi, costruito come il nostro ed organizzato a quel modo, non potrà essere mai un locale in cui si potranno ben controllare le persone e le suppellettili, per tener lontano il materiale infettante dalle operande; una condizione, *che costituisce la base a potere rispettare rigorosamente le minuziose regole della più severa asepsi.*

E fra queste regole appunto è di gran valore quella che operatori ed invitati, *almeno da 8 giorni*, non abbiano avuto più contatto con ammalati setticemici o piemici, con scarlatinosi, erisipelatosi, difterici, ecc.

I risultati degli operatori inglesi, senza il metodo antisettico, concordano bene con questo punto di vista, questi poterono vantare splendido successo, solo perchè si tennero lontani dal cadavere e dalle malattie infettive.

Nelle case di salute invece possono attuarsi con rigore ed esattezza tutti quei precetti, che l'igiene chirurgica riconosce di alta importanza e di assoluta necessità; e nella casa tenuta dall'ospedale, malgrado la sua ristrettezza, potevano essere bene attuate le principali regole di precauzioni. Così, per es., l'operanda, salvo casi eccezionali, rimaneva almeno otto giorni in quell'aria pura prima di venire operata; la biancheria necessaria quasi sempre nuova, era lavata, bollita e disinfettata assieme alle spugne comprate nuove; ogni oggetto, che si dubitava potesse provenire da un locale sospetto, era subito allontanato. La stessa inserviente non veniva più in contatto con altre inferme, e per l'ora mattutina in cui si eseguiva l'operazione, si era sicuri, che astanti ed assistenti provenissero,

---

(1) Meine Ueberzengung ist die, dass es Giste giebt, welche in so minimaler Menge werken und so sesistent sind, dass sie der sorgfaltgten antisepsis endweder entgehen, oder nicht durch sie vernichtet werden. Von Erysipelgilte ist esja angenommen, dass seine Einwirkung durch den Spray und das ganze Listerphe Verfalien nicht verhület wird. Bei operationen au aüs seren Jheilen ist nun das Erysipel nur gefährlich; bei der Laparotomie bedingt es den sicheru Jod (Hegar Die Castration der Franen. Leipzig. 1878).

ripuliti, direttamente dalle loro abitazioni. È superfluo aggiungere, che la stanza d'operazione e l'annessa si disinfettavano due giorni prima dell'operazione, si tenevano poscia aperte all'aria, indi la sera avanti si chiudevano e vi si accendeva lo spray, che doveva al domani funzionare di nuovo a maggior cautela. Questa è la serie delle precauzioni antisettiche, che non possono, con la migliore volontà del mondo, essere attuate in un ospedale. Già la paziente fino al momento d'operarsi ha convissuto con le compagne, la stessa inserviente e l'infermiera addette sono quelle delle infermerie, gli assistenti e gli astanti, se hanno avuto lo scrupolo, che non è poi proprietà comune, di non toccare materiale settico, pure provengono da corridori occupati da ammalati e perciò da fomiti d'infezione.

Ma la prova più eloquente per convincere e per persuadere la S. V., che l'ospedale è pernicioso, fatale alle ovariotomizzate, la troverà nell'esito, che abbiamo dovuto deplorare nelle nostre operate; un risultato che sventuratamente ha il suo riscontro con quello ottenuto da tutti coloro, che si sono messi ad operare in condizioni simili. Astrazione facendo dagli esiti infausti, che ebbero luogo per infezione settica consecutiva ad operazioni, cui ebbi l'onore di presenziare, eseguite da valenti cultori italiani, nella statistica riferita da Beigel (1), i risultati delle ovariotomie delle piccole case isolate e quelli dei grandi ospedali sono così marcati, che non si può non riconoscere la grande influenza, che esercita l'ambiente in cui si opera. Difatti mentre fra 106 casi appartenenti al Sammaritano (piccolo ospedale destinato alle laparotomie) si ebbero 30 esiti in morte, una mortalità del 28,30 %: fra 39 ovariotomie praticate in 5 ospedali di Londra se ne contarono 30, una mortalità del 76,32 %. E che sia l'ambiente impuro la ragione principale della perdita delle operate negli ospedali ce lo dimostra ancora il Martin di Berlino (2) nel modo più splendido.

Il Martin riferisce le sue 110 ovariotomie dal punto di vista del risultato e le divide in tre gruppi.

Nel primo gruppo, in sei operazioni, eseguite senza cautele antisettiche, muoiono tre operate, il 50 % di cui per una setticemia.

Il secondo gruppo comprende 46 ovariatomie praticate antisetticamente, ma senza un personale speciale; 12 operate muoiono (il 26 %), di cui 7 per setticemia.

Il terzo gruppo, infine, si compone di 58 operazioni, fatte in locale *ad hoc*, con tutte le precauzioni antisettiche.

Due sole donne muoiono (il 3,5 %), l'una al tredicesimo giorno in piena

---

(1) *Malattie delle donne.*

(2) *Revue des Sciences Medicales,* par G. Haym, N. 47. Juillet, 1884, pag 213.

convalescenza per embolia, l'altra per carcinoma del peritoneo, nessun cenno d'infezione settica.

Le curve termometriche da me schematizzate nell'annesso quadro danno a colpo d'occhio una ben marcata differenza dell'andamento della guarigione delle operate in condizioni igieniche differenti.

Ma senza fare appello all'idea umanitaria, che in un uomo educato, come lo è la S. V., alla scuola della buona morale, trova un fertile campo d'azione, parlando ad un amministratore, cui incombe eziandio il dovere del risparmio, mi permetto farle notare, che nei casi operati in condizioni igieniche l'intiero processo di guarigione si compie in tempo assai rapido, e spesso senza reazione febbrile; cosicchè tolti i punti della ferita esterna, le inferme al 10° o 12° giorno sono in grado di abbandonare il letto e di fare poco dopo ritorno alle proprie case, il che non costituisce la regola per le operate all'ospedale, le quali non possono alzarsi da letto prima della quinta o sesta settimana, ed hanno una lunga convalescenza.

Valga a comprova il sequente specchietto, dove sta notato il giorno di uscita di 11 operate nella casa di salute.

N. d'ordine	Giorno d'operazione	Giorno d'nscita	
1	1 Giugno 1882	13 Giugno 1882	
2	15 » »	24 » »	
3	15 Luglio »	10 Agosto »	
4	31 » »	16 » »	
5	21 Dicembre »	12 Gennaio 1883	
6	23 » »	20 Aprile »	Dopo 8 giorni è rimessa all'ospedale dovendo consegnare la casa ad altro inquilino.
7	6 Aprile 1883	20 » »	
8	19 » »	8 Maggio »	
9	30 » »		Morta al 4° giorno d'emorragia.
10	13 Dicembre »	11 Gennaio 1884	
11	31 » »	12 » »	

Stantechè una di queste operate morì al quarto giorno ed una passò all'ospedale, dove per cause speciali guarì affine dopo lunga convalescenza, tengo solamente conto delle nove rimanenti guarite, e rilevo con piacere che la somma dei giorni di cura ascende a 168; vale a dire un'ospidalità di circa 18 giorni per ciascuna operata.

Ben diversamente parlano le cifre; che segnano il tempo trascorso dall'ac-

cettazione delle inferme all'operazione. È tale una circostanza che se V. S. si degnerà di fissarvi per un momento l'attenzione, la troverà della massima considerazione, in quanto che queste cifre rappresentano molti giorni d'ospitalità carico dell'ospedale, che avrebbe potuto evitare, se si fosse tenuto sempre pronto un locale destinato all'operazione; contrariamente all'opinione espressa nella nota deliberazione dai Signori passati Amministratori, che mirano con ciò ad un maggiore risparmio.

Potrei poi aggiungere, che bastavano le semplici spese di trasporto di utensili, letti, materassi, apparecchi, ecc., che dovevano portarsi e riportarsi in ogni caso per rendere illusoria qualunque idea d'economia.

N. d'ordine	Giorno d'accettazione	Giorno d'operazione	
1	1 Giugno 1882	15 Giugno 1882	
2	9 » »	15 Luglio »	
3	31 Luglio »	2 Agosto »	
4	28 Ottobre »	21 Dicembre »	
5	28 » »	23 » »	
6	12 Gennaio 1883	25 Gennaio 1883	Parte non operata e ritorna al 12 Aprile. Viene operata il 19 dello stesso mese (N. 9 della tavola).
7	27 Febbraio »	6 Aprile »	
8	12 Aprile »	30 » »	
9	17 » »	19 » »	
10	28 Ottobre »	13 Dicembre »	
11	29 Novembre »	31 » »	

Da questa tavola in cui figurano 11 inferme, perchè una licenziata il 25 gennaio 1883 per mancanza di locale ritornò il 12 aprile dello stesso anno, si rileva, che le 10 inferme rimasero in sala prima di essere operate 274 giorni, vale a dire 106 giorni di più del tempo impiegato per curarle. Non voglio passare poi sotto silenzio, che di queste ricoverate una rimase in sala 51 ed una 53 giorni, aspettando il sospirato momento dell'invocato rimedio. Ma di 23 ricoverate per ciste ovarica ed altri tumori addominali, dal febbraio 1881 all'aprile 1885, non godettero che 13 il beneficio dell'operazione, cioè 10 nelle case di salute e 3 all'ospedale. Delle 10 rimanenti vollero lasciare l'ospedale, 2 perchè accettate da un mese, dal 1° febbraio al 1° marzo 1881, disperarono di essere operate, ed in vero non fu possibile di poter trovare in tale spazio di tempo un locale adatto; 2 furono licenziate per controindicazione all'operazione, 1 morì di peri-

tonite settica, che seguì alla funzione esplorativa, 2 spaventate dalla morte per tetano di una loro compagna rifiutarono l'operazione.

L'inconveniente poi di lasciare in sala per molti giorni l'inferma, non si evita punto operando all'ospedale, stantechè bene spesso avviene, che le stanze a pagamento, del resto in numero assai limitato, sono occupate, e si è d'ordinario costretti ad attendere l'uscita del pensionato. Le 3 operate, di cui tesserò in breve la storia, dovettero attendere per ben 70 giorni prima di avere accesso in questo locale, che a due di loro fu fatale.

Ora, trovandosi da qualche giorno in sala tre ricoverate, una delle quali giovanetta di civile famiglia, affette da tumori ovarici operabili, non avendo potuto avere un locale fittabile a mese a questo scopo speciale, mi rivolgo, dopo quanto ho avuto l'onore di esporre, a V. S. perchè voglia accogliere la istanza intesa ad avere a permanenza a disposizione dell'ospedale una casetta fuori le mura della città, fornita dal necessario anche per i casi, che reclamar potrebbero il pronto ed immediato soccorso.

Ecco intanto la dolorosa storia delle tre operate nel nosocomio.

Osservazione I.ª — Vincenza Mancuso, d'anni 35, nativa e dimorante in Favara, di debole costituzione fisica e di scaduta nutrizione, passò in ottimo stato di salute l'infanzia e a 13 anni, senza fenomeni degni di nota, vide comparire il flusso mestruale per la prima volta.

All'età di 21 anno andò a marito, e in 14 anni di matrimonio conta 9 gravidanze, di cui le prime tre finirono con aborti a 3 mesi senza fenomeni rilevanti. Le altre sei, percorse felicemente, finirono con parti normali a termine di figli vivi, che grandicelli morirono tutti di malattia acuta.

Dei puerperii solo il 1° fu afebbrile per alquanti giorni, nei quali la donna soffrì forti dolori alle mammelle divenute turgide per eccessivo afflusso di latte. Da sei anni a questa parte, pur godendo buona salute è rimasta sterile. Nel marzo del 1883 l'inferma si accorse, che al quadrante inferiore sinistro dell'addome esisteva un tumore della grandezza di un limone, dolente al tatto, mobilissimo, che si portava da un estremo all'altro basso ventre, provocando in questo movimento dei disturbi nervosi, sensi di pena all'epigastrio, sconcerti di stomaco; tendenza al deliquio. Alla presenza del tumore si aggiunsero disturbi gastro-intestinali, diarrea alternata dalla stitichezza, senso di stiramento alla regione renale, gonfiore del ventre dopo il pasto con tendenza al vomito subito dopo, turgore alle mammelle, delle quali premendo usciva un liquido lattescente.

La Mancuso allora si credette gravida, senonchè le ricorrenze mensili più abbondanti nella perdita e più frequenti nel loro ritorno, disillusero la povera paziente, che cominciò a darsi serio pensiero del rapido accrescimento del tumore, il quale in nove mesi raggiunse il volume di un utero gravido a termine.

Da quattro mesi, sia per i dolori lombo addominali, che si riafacciavano durante la notte, sia per i disturbi digestivi, sia per quelli nervosi, tra i quali il più crucciante era la mancanza del respiro, con accessi di soffocazione, lo stato generale di salute si era notevolmente alterato.

Altre notizie relative a morbi di tal natura nella famiglia della inferma mancano; la madre ancora vivente e di età avanzata gode ottima salute, il padre finì per morbo acuto.

Stato attuale. — Sviluppo scheletrico regolare, nutrizione scaduta, colorito della pelle bruno terreo, mucose scolorate, organi del torace sani. L'addome è tumido come a gravidanza gemellare a termine, di forma globosa, irregolare; alla sua superficie si notano dei sepimenti, che lo dividono in tanti lobi bitorzoluti. La pelle è lucida, colorito che risulta maggiormente per la dilatazione dei vasi venosi sottocutanei della zona periombellicale ed ipogastrica. La palpazione che sveglia un senso doloroso all'inferma, rivela un tumore, che riempie la cavità, di consistenza duro, pastoso in alcuni punti, specialmente in basso, molle in altri, in cui si ha il senso di fluttuazione, flotto piccolo. La percussione dà suono ottuso vuoto sulla linea mediana fino a quattro dita traverse dall'apofisi xifoide dello sterno, e suono intestinale alla regione dei lombi, un poco più esteso a destra che a sinistra. Mediante la punzione esplorativa, praticata sulla linea mediana, viene fuori un liquido colloideo, ricco di albumina. L'esame dei genitali offre poco interesse. L'utero coi noti caratteri di donna multipara, è poco mobile, un poco spinto in basso in leggiera anteversione, e non si riesce a fare penetrare la sonda nella cavità del corpo.

Misure dell'addome.

Massima circonferenza quattro dita trasverse al disotto la cicatrice ombellicale	ctm. 90
Distanza dalla spina iliaca antero-superiore all'ombellico a destra	» 22
Idem a sinistra	» 22
Linea xifo-ombellicale . , ...	» 13
Idem ombellico-pubica	» 21

Diagnosi. — Cistoma dell'ovaio destro. — Addì 5 maggio 1884, ore 8 di mattina, ovariotomia.

L'operazione, togli le difficoltà del vuotamento del liquido denso, racchiuso in numerosi e piccoli lobi, per cui all'estrazione della massa solida, fummo costretti a prolungare la ferita fino a due dita trasverse al disopra dell'ombellico,

non presenta altra particolarità degna di nota. Le poche aderenze del segmento inferiore della ciste coll'utero furono vinte senza molto stento; il peduncolo legato fu affondato nella cavità, che venne chiusa ermeticamente con punti di sutura.

L'operazione durò un'ora e mezza.

I particolari degni di nota, che trovo nel diario di quest'ammalata, possono riassumersi nel vomito ostinato di materia biliosa nei primi sei giorni, nella temperatura elevata sin dal giorno dell'operazione, in un leggiero grado di peritonite, che accompagnò la formazione di un enorme essudato periuterino. Allorchè l'operata abbandonò l'ospedale (18° giorno dell'operazione) per farsi curare in casa presentava le seguenti condizioni: Stato generale molto deperito, accessi di febbre giornalieri, addome tumido dolente al tatto, con brevi tramiti fistolosi in corrispondenza della ferita, già in gran parte cicatrizzata, tumore pastoso, che riempie la pelvi e si estende fino all'ombellico.

Seppi che l'inferma guardò il letto travagliata dalla febbre per altri due mesi, e che ella guarì in seguito a lunga e penosa convalescenza.

Segno anche come cosa interessante le variazioni della temperatura e del polso segnati nei giorni di cura:

Giorni di cura	Temperatura M.	Temperatura S.	Polso M.	Polso S.
1	37.3	39.5	80	120
2	37.2	38.5	84	120
3	38	38.6	106	112
4	37.8	39.6	100	130
5	38.5	39	120	140
6	37	38.6	92	124
7	37.6	38.6	100	110
8	38.5	39.6	104	120
9	37.5	37.7	98	92
10	37.1	39,3	96	130
11	38	39.2	100	138
12	36.9	37.6	100	108
13	37	37.3	98	92
14	37	37.4	82	98
15	36.9	37.5	78	130
16	36.8	38	manca	
17	37,8	38.9	80	96
18	37	37.2	84	90

Osservazione 2.ª — Maniscalco Lucia, di anni 50, di buona costituzione fisica e di ottima salute ci offre poche notizie sulla vita passata. Mestruò la prima volta a 14 anni, a 16 anni sposò e in 12 anni di matrimonio conta 5 gravidanze e parti normali di due femmine e tre maschi, che la medesima allattò. All'età di 47 anni, in seguito a spavento durante la mestruazione, si sospese la funzione e fu colta da dolori atroci alla pelvi, che la travagliarono molti giorni, e che si riaffacciarono poscia, sebbene con minore intensità, altre 5 o 6 volte all'epoca delle ricorrenze mensili, che più non comparvero. Nell'accesso del dolore la Maniscalco, portando la mano alla fossa iliaca sinistra, punto più sensibile, si accorse della esistenza di un tumuretto quanto un grosso limone, duro, mobile a tal punto da potersi portare fino all'ombellico, dolente al tatto.

Scomparsi gli accessi dolorosi mensili la salute generale ritornò al primiero stato di completo benessere, ma il tumore gradatamente crebbe di volume, e negli ultimi sette mesi il suo sviluppo fu rapido.

Stato attuale. — Sviluppo scheletrico regolare, colorito della pelle bruno, nutrizione lodevole, mucose rosee, organi del torace sani. Addome tumido come a gravidanza ad otto mesi più prominiente a destra che a sinistra, cicatrice rilevata, zone ipogastriche tempestate di linee argentine.

L'addome è occupato da un tumore a superficie liscia in alcuni punti, bitorzoluta in altri, mobile e indolente al tatto, col quale si percepisce un senso oscuro di fluttuazione. Con la punzione esplorativa si estrae un liquido di un colorito giallo d'ambra, ricco d'albumina.

Misure dell'addome.

Massima circonferenza	ctm. 90
Linea xifo ombellicale	» 13
Idem ombellico-pubica	» 21
Distanza della spina iliaca ant.-superiore all'ombellico a destra	» 22
Idem sinistra	» 23

Il collo dell'utero è scomparso e si tocca un foro circolare sul centro dei fornici, la tettoia pelvica è occupata dal tumore cistico, e non è possibile palpare il corpo uterino, che sembra unito a quello da corto peduncolo.

Diagnosi. — Cistoma dell'ovaio sinistro. — 1.° Giugno 1884. — Ovariotomia.

Incisa la parete addominale, fu scoverto il sacco cistico, il quale per le forti ed estese aderenze coll'utero con la vescica urinaria e tessuti pelvici fu punto,

vuotato e in gran parte resecato. Il cercine cistico fu assicurato alle labbra della ferita addominale, la quale, fatta la toilette del peritoneo, venne chiusa con punti di sutura.

Per la detersione e libera uscita del liquido contenuto nel fondo del sacco cistico furono collocati tre tubi a drenaggio di media grossezza; e fu posto, per l'assorbimento del materiale portato fuori dal drenaggio, un grosso strato di garza e di cotone fenata sulla ferita.

L'operazione durò circa due ore.

Diario. — 1° Giugno 1884. Mattina. — Subito dopo l'operazione l'inferma accusa dolore bruciante alla ferita, ha sete e prende dell'acqua ghiacciata e poi del brodo freddo che ritiene. T. 37,5 P. 80.

Sera. — Il dolore è cresciuto d'intensità ed il ventre si è tumefatto. Si applica la vescica col ghiaccio, e si fa un'iniezione di muschio e di morfina. T. 38,9. P. 105.

2 Giugno. — Mattina. — Insonnia durante la notte, a causa del dolore che è alquanto diminuito, ventre meno tumido. Si da del brodo con tuorli d'uova e pezzetti di ghiaccio. T. 38. P. 96.

Sera. — Giornata piuttosto tranquilla. T. 38,7. P. 100.

3 Giugno. — Mattina. — Notte tranquilla in sonno profondo. T. 37,7. P. 85.

Sera. — Un dolore più o meno acuto alla ferita ha tenuto agitata l'inferma. Si sono praticate due iniezioni di morfina. T. 39,2. P. 120.

4 Giugno. — Mattina. — Sonno tranquillo tutta la notte. Si rinnova la medicatura già bagnata del liquido cistico, il ventre è piatto, poco dolente alla pressione. T. 37,6. P. 84.

Sera. — Nulla di nuovo. T. 38,7. P. 104.

5 Giugno. — Mattina. — Nulla di particolare si rinnova la medicatura. T. 37. P. 78.

Sera. — T. 38,3. P. 100.

6 Giugno. — Mattina. — Si rinnova la medicatura, si netta il cavo cistico con acqua borata tiepida, si tolgono tre punti di sutura nelle parti aderite, si copre di iodoformio la ferita e si medica secondo le regole antisettiche. L'inferma si lagna però di una rigidità del mascellare inferiore, e di una certa difficoltà negli atti della deglutizione. Temendo lo sviluppo del tetano, si fa elevare la temperatura della stanza e si somministra del cloralio internamente. T. 37. P. 78.

Sera. — Si è pronunziato il trisma. S'insiste nell'uso del cloralio, della morfina e dei bagni caldi prolungati. T. 38,3. P. 90.

7 Giugno. — Mattina. — È comparsa la forma opistotona del tetano, la respirazione è tarda, i polsi assai piccoli e frequenti. T. 38. P. 105. Più tardi, ore 10 antim., T. 39,2. P. 130. Bagno prolungato per un'ora e mezza. Uscita

del bagno, l'ammalata fa violenti contrazioni cogli arti inferiori, che restano in forzata flessione e poco dopo, ore 12 m., muore.

Non fu permessa la sezione cadaverica.

Osservazione 3.ª — Raineri Anna, d'anni 48, maritata da 32 anni, sterile. Nata da genitori sani e di agiata famiglia, non ricorda di essere stata mai ammalata nemmeno pochi giorni. Mestruò la prima volta a 14 anni, e la funzione ovarica compì il suo corso sempre regolarmente fino al dicembre ultimo scorso, in cui scomparve. La Raineri due anni addietro si accorse che la fossa iliaca sinistra era occupata da un tumoretto della grandezza e della forma di un limone, duro, mobile, indolente al tatto, ma dolente spontaneamente; dolore talora tensivo, talora lancinante radiantesi al fianco, all'inguine e alla coscia del medesimo lato. Negli ultimi sei mesi al dolore quasi giornaliero si aggiunse, il rapido crescimento del tumore, il quale era divenuto meno mobile e alquanto dolente al tatto.

Stato attuale. — Sviluppo scheletrico regolare, nutrizione lodevole, faccia tonda e rubiconda, torace ben conformato e prominente.

Nell'addome, tumido come a gravidanza al sesto mese, si palpa un tumore globoso, mobile ma non fluttuante a superficie liscia interrotta da qualche bitorzolo, di consistenza duro-pastosa, che dalla pelvi ascende fino all'ombellico, occupando a preferenza il lato sinistro del basso ventre.

L'esame per vagina esclude ogni relazione intima tra tumore ed utero, che gode della sua relativa mobilità. Con la punzione si estrae un liquido sieroso, torbido non purulento.

Diagnosi. — Ciste ovarica sinistra uniloculare. — 6 Maggio 1885, ore 8 antim. — Ovariotomia.

L'operazione fu facile e semplice e durò circa un'ora.

La ciste, intimamente aderita in un solo punto coll'epiploon, che fu facile distaccare, venne portata fuori ed escisa. Null'altro degno di nota.

Diario. — 6 maggio 1885. — Mattina. — L'operata appena rimessa a letto è disturbata da un po' di vomito, che cede coll'uso del ghiaccio; passa il giorno in mediocre benessere T. 35,8. P. 68.

Sera. — T. 37,3. P. 90.

7 Maggio. — Mattina. — Vomito durante la notte di materie verdastre, massime alla presa del brodo e del marsala; l'addome è tumido e dolente, si applica la vescica con ghiaccio e s'inietta della morfina. L'inferma ha il respiro affannoso, il viso pallido. T. 37. P. 95.

Sera. — Vomito ostinato tutta la giornata, addome più tumido, più dolente. T. 39.6. P. 120.

8 Maggio. — Mattina. — I vomiti di sostanza biliosa e il dolore alla ferita hanno tenuta l'inferma agitata. Si somministra una mistura eccitante antemetica.

Il polso è piccolo, l'addome è più tumido, dolente ai più leggiero toccamento, la lingua è arida, la respirazione affannosa; ora 1 pom. T. 40. P. 130.

Dopo un'ora l'inferma muore.

I parenti reclamarono il cadavere.

RIVISTA

The British Gynæcological Journal.

La nuova Società Ginecologica Britannica venne già presentata nelle colonne di questo giornale. Venne fondata nel 1884 colla presidenza effettiva di Alfredo Meadows e quella onoraria di Roberto Barnes, e raccoglie ora il cospicuo numero di 382 soci. Il giornale venuto ora alla luce è l'organo della nuova Società ed è diretto da Fancourt Barnes. Al nuovo periodico che uscirà a fascicoli trimestrali, gli auguri di prospera vita; esso sarà l'espressione completa dell'attività ginecologica pratica e scientifica della Gran Brettagna, ove di recente anche il Lawson Tait, ingegno così potente ed originale, ha compiuto la sua millesima laparotomia.

Le sedute della nuova Società sono quindicinali ed il primo fascicolo del giornale, oltre alla seduta di fondazione della Società, contiene il resoconto della seduta inaugurale dell' 11 marzo e di quella successiva tenutasi il 25 marzo 1885 nonchè una prolusione di Aveling sul passato e sul presente della ginecologia britannica, ed alcuni brevi articoli di rivista fra cui due su lavori apparsi negli *Annali*, il lavoro di Caponotto sulla estirpazione d'utero canceroso praticato da Novaro e quello di Martinetti sulle iniezioni sottocutanee di ferro.

La Società nelle sue sedute si propone specialmente uno scopo pratico dimostrativo. Nella prima Wallace presentò parte del corpo e fondo uterino inglobato in una massa di fibromi multipli, sottomucosi, intramurali, sotto-peritoneali, sessili e peduncolati. Con essa eranvi le ovaie e gli ovidotti. Il peduncolo era stato trattato extraperitonealmente e la guarigione dell'operata pareva sicura. Nella discussione seguita si manifestò piuttosto la convinzione di non attendere, anche nei fibromi uterini, ad operare quando le condizioni della donna sieno troppo aggravate.

Aveling presenta due tube falloppiane rimosse colle ovaie da una donna sofferente di doppio pyo-salpiux.

Bantock presentò un pessario vaginale rimosso da una paziente d' anni 67, nella quale aveva portato usura del setto vescico-vaginale. Altri esempi dei danni provenienti dal cattivo impiego di pessarii vennero portati da alcuni soci.

La seduta si chiuse con un discorso di Meadows, nel quale questi dimostra la ragione di essere della nuova Società e a rapidi tratti ne determina i propositi ed il cómpito.

Nella seduta del 25 marzo Lawson Tait presenta un grosso fibroma uterino

rimosso mediante l'isterectomia, Edis dimostra per il Dott. Burton un caso di ascesso di entrambe le ovaie e Reeves mostra una vescica di donna perforata da un'ulcera occlusa poi dall'omento.

È interessantissimo il caso riferito da Edis. Si tratta di una signora ammalata da quattro anni e colpita a più riprese da parametrite e perimetrite. Eravi una tumefazione fluttuante al lato sinistro dell'utero, che venne presa per un ascesso del legamento largo di sinistra. Venne aperto l'addome il 2 marzo e tosto avvertita e messa in vista una tumefazione grande, liscia, fluttuante, sulla quale correva la tuba falloppiana; coll'ago aspiratore ne vennero tratte circa tre oncie di pus fetido. L'operatore si volse quindi a destra e trovò le appendici uterine adese fra loro e alle pareti pelviche, e dopo qualche difficoltà riuscì a liberarle, a legarle e a rimuoverle. Rivoltosi quindi ancora al lato sinistro, dopo aver esercitato valide trazioni riuscì a liberare le cisti e le tube e le rimosse. Esaminate le parti rimosse si vide come l'ovaio di sinistra fosse la sede di un vasto ascesso, e il destro di più piccoli ascessi multipli. Entrambe le tube erano ingrandite e contenevano materia caseosa. La guarigione non fu disturbata da alcun accidente.

La seduta si chiude con una lettura di Robert Bell di Glascow sulla dismenorrea.

Non potendo disgiungere la dismenorrea dalla menstruazione dedica una parte della sua memoria alla fisiologia di questa funzione in quanto può applicarsi alla sua patologia. Tutti si accordano nell'ammettere che il flusso sanguigno menstruale proceda dalla membrana di rivestimento dell'utero, ed adopera questa espressione anzichè quella più comunemente accettata di membrana mucosa essendo molto propenso a credere con Emmet che non sia a parlare di una membrana mucosa nel senso stretto della parola, poichè nè la sua struttura nè il suo modo di comportarsi la ravvicinano a qualsivoglia altra mucosa. Egli la paragonerebbe piuttosto ad un tessuto di granulazione: come questo è molto vascolare e spugnosa e sanguina perciò al minimo tocco. Essa si distrugge facilmente e si rinnova prontamente. Disintegratisi gli strati superficiali nel periodo menstruale è dal rivestimento epiteliale delle ghiandole utricolari che si parte il rinnovamento dell'epitelio sul resto della superficie interna, come sopra una superficie granulante la proliferazione dell'epitelio dagli sbocchi delle ghiandole cutanee si diffonde con sorprendente rapidità in superficie formando isole di epitelio che poi si uniscono fra loro. Ma egli porta l'analogia più oltre ed entra nel campo della patologia. È un fatto curioso che la proliferazione dell'epitelio non si avanza sopra un piano inclinato: perchè si sviluppi è necessaria una superficie piana. Quando le granulazioni sono troppo lussureggianti queste devono atrofizzarsi o distruggersi. In ciò che si designa col nome di fungosità dell'utero noi non abbiamo nè più nè meno che un lussurreggiare della membrana di rivestimento ed in corrispondenza di esso manca l'epitelio, donde un costante gemizio di sangue da esse. Tostochè sono distrutte, il gemizio cessa. Su di tale concetto sono basate le sue considerazioni svolte ulteriormente.

Il canale uterino al disopra dell'orificio interno, nello stato di salute, non è in alcuna sua parte un canale secernente. Riguardo al canale cervicale tutti sappiamo come secerna un muco vischioso peculiare; se quindi si osserva un

secreto che differisca ne' suoi caratteri dal secreto cervicale, si avrà tosto a sospettare la presenza di malattia e poichè ogni secreto che non sia cervicale è atto tosto o tardi a diventare purulento così non vi può essere difficoltà a indicare la sua origine.

Quanto al liquido menstruale si riconosce da ogni parte consistere esso di sangue mescolato col prodotto di disintegrazione della membrana di rivestimento. Ora è un fatto ben stabilito che il sangue in contatto con una membrana sana conserva la sua capacità a rimanere fluido, mentre se viene a contatto con un corpo estraneo, questo imparte al sangue una nuova proprietà per cui si separa in due sostanze, coagulo o fibrina da una parte e liquor sanguigno o siero dall'altra. Ma un tessuto la cui vitalità sia deteriorata da infiammazione agisce sul sangue come un irritante e induce coagulazione. Da ciò si scorge che se la membrana di rivestimento dell'utero rimane sana, il sangue tenderà a rimaner fluido e nessun dolore sarà cagionato dalla sua evacuazione, se il canale è pervio, poichè scorrerà via senza difficoltà. Se nel periodo menstruale la carica sanguigna va al di là della misura fisiologica ed una infiammazione più o meno attiva ne è il risultato, avremo un irritante di maggiore o minore intensità che agirà più o meno energicamente nell'indurre la coagulazione del sangue. Il coagulo che ne risulterà richiederà uno sforzo per parte dell'utero che lo espelle e la contrazione delle pareti dell'organo produrrà un grado di dolore relativo al grado di ipersensibilità che porta con sè il quanto d'infiammazione esistente. Il dolore non è dunque dovuto intieramente al fatto che, avendo, anzichè del sangue fluido, del sangue raggrumato, questo deve essere espulso da una serie di sforzi spasmodici delle pareti muscolari ma anche dal fatto che queste sono in uno stato di iperestesia.

Noi dobbiamò perciò considerare un tessuto alterato da infiammazione come si considera un corpo straniero riguardo al sangue: dallo stato di salute a quello in cui la forma morbosa si manifesta nei più alti gradi abbiamo naturalmente tutte le gradazioni. Da quanto dissi il lettore avrà già scorto il concetto fondamentale su cui l'autore innalza il suo edificio patogenetico: tutte le condizioni che alterano la trama delle pareti uterine possono condurre per tale doppia via alla dismenorrea. La teoria della ostruzione meccanica è debole secondo l'autore: egli non può considerare la *stenosi*, anche quando esiste come una causa *per sè* di tale disordine menstruale. Ma un orificio stenotico o una flessione possono ingenerare e ingenerano realmente molto di spesso uno stato di irritabilità e sensibilità delle parti che condurrà eventualmente alla infiammazione. E la condizione infiammatoria del tessuto uterino è per l'autore il principale fattore della dolorosa affezione.

I membri, i quali presero successivamente la parola sull'argomento messo in discussione da Bell, pure acconsentendo che la iperemia e la infiammazione possano essere frequentemente causa di dismenorrea, non si mostrarono punto disposti a menomare l'importanza delle cause meccaniche.

La prolusione di Aveling: Il passato e il presente della ginecologia Britannica, in cui è profusa una grande dottrina, ha un valore storico eminente, ma riescirebbe troppo lungo il far sfilare dinnanzi ai lettori i nomi di coloro, per quanto non numerosi, che preludiarono per così dire l'attuale fioritura degli

studii ginecologici nella Gran Brettagna. Ma di un nome non molto conosciuto in Italia e di un'epoca non voglio tacere, epoca non segnalata dalla comparsa di un imponente e pretensioso volume, ma dalla lettura di una breve e modesta memoria. Ma in essa quale sagace intuito della chirurgia avvenire! Vediamolo colle parole stesse del conferenziere.

« La memoria venne letta dinanzi alla Società Reale Medica Chirurgica di « Londra, presieduta da Giovanni Abernethy. Il suo titolo era: *Osservazioni fi-* « *siologiche ed esperimenti,* ed era scritta da Giacomo Blundell, all' obbietto di « migliorare la chirurgia addominale. Avendo fatto un certo numero di esperi- « menti sul coniglio ed osservato la tolleranza dell'addome nell' uomo ferito a « caso o a disegno, egli venne alla conclusione *che moderate aperture praticate* « *nel peritoneo umano non decorrono necessariamente e neppure generalmente* « *in modo fatale per infiammazione o altra causa e che inoltre certi visceri* « *o parti di visceri, non essenziali alla vita, possono essere rimossi dal ventre* « *senza produrre necessariamente e neppure generalmente la morte.* Perciò « egli propose le seguenti operazioni da essere praticate soltanto in casi altri- « menti disperati.

« 1. La rimozione di entrambe le tube falloppiane ed anche di un pezzo « di esse, in modo da renderle completamente impervie, un'addizione all'opera- « zione cesarea, il cui pericolo ne verrebbe appena aumentato. L' operazione « preverrebbe i concepimenti successivi.

« 2. L'estirpazione di ovaie sane. Essa servirebbe probabilmente di rimedio « nei peggiori casi di dismenorrea, nelle emorragie mensili che accompagnano la « inversione uterina.

« 3. La estirpazione delle cisti ovariche semplici o associate al cancro. « Questa operazione, io sono persuaso, egli diceva, verrà in uso generale, e se « i chirurghi inglesi non la caldeggieranno e praticheranno, ciò verrà fatto da « quelli francesi ed americani.

« 4. La rimozione di un largo pezzo circolare della cisti nell'idrope ovarico, « quando il sacco stesso non può essere estirpato.

« 5. La rimozione dell' utero canceroso quando l'ulcerazione fa la sua prima « comparsa.

« 6. Estirpazione dell' utero puerperale, quando è praticata l' operazione ce- » sarea, o quando la paziente si avvia alla morte, dopo rottura dell'utero.

« 7. Nella rottura della vescica, aprire l'addome, legare la vescica e lavare « completamente il peritoneo mediante iniezione di acqua calda.

« Vi sono altri suggerimenti di minore importanza che io tralascio. Abba- « stanza ho io detto per mostrarvi come il Dott. Blundell essendo arrivato a « certe conclusioni con un accurato e laborioso processo di induzione non aveva « timore di camminare diritto verso la meta a cui esse conducevano inevita- « bilmente. Il suo spirito audace ed indipendente non era intimidito nè dal ti- « more della impopolarità nè dal carattere formidabile delle operazioni che pro- « poneva. Egli sapeva benissimo che avrebbe incontrato il destino di tutti co-

« loro che lasciano il sentiero battuto ed osano avviarsi audacemente per la « china del loro genio. Egli mette, come epigrafe al suo lavoro, il passo di « Shakespeare, il quale comincia:

« Tu sei un uomo felice, a pensare come ogni uomo pensa, ecc. »

« Vediamo ora il modo col quale venne ricevuta questa meravigliosa memoria. « La Società Reale Medica e Chirurgica di Londra l'apprezzò così poco da non « crederla degna di pubblicazione, ed essa non vide la luce negli Atti della So- « cietà. La « Rivista Medico Chirurgica accondiscese a farne menzione, ma in « quale modo! Riguardo alla proposta di Blundell di esportare le ovaie sane « dice: noi pensiamo che questa proposta tocca al selvaggio ed allo stravagante, « ed a proposito della sua difesa della estirpazione delle cisti ovariche, il rivi- « staio dice: malgrado tutto quello che è stato scritto riguardo a questa opera- « zione crudele, noi non crediamo che essa sia mai stata eseguita con felice « successo, nè pensiamo che lo sarà mai. ».

« Quale lezione per le Società e per i rivistai! »

LUIGI MANGIAGALLI.

NOTIZIE

Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara.

I.

Il 10 luglio veniva praticato nella clinica, dal Direttore Prof. Negri, un taglio cesareo metodo Porro, sopra giovane rachitica primigravida.

La indicazione era offerta da gravissima angustia pelvica per rachitide serotina. L'atto operativo venne praticato ad appena incominciato travaglio, dichiaratosi spontaneamente 20 giorni circa prima del termine della gravidanza. Antisepsi con soluzione di zinco-solfo-fenato: polverizzatore a vapore: incisione dell'utero in sito, asportazione dell'utero ed ovaje senza praticare il secondamento: costrizione del peduncolo con cordoncino elastico e doppio cordoncino di seta: fissazione del peduncolo all'angolo inferiore della ferita. L'atto operativo durò 40 minuti; minima la perdita di sangue.

Il feto, maschio, fu estratto vivo, e vive tuttora in buone condizioni.

Le conseguenze dell'atto operativo furono lievissime: il decorso fu quasi costantemente apiretico, ed in 20ª giornata potea ormai considerarsi come guarita la operata.

Non è fuor di luogo il ricordare che l'esame dell'urina praticato ripetutamente ne' giorni precedenti l'atto operativo, avea dimostrato contenere una certa quantità di albumina; si notava contemporaneamente discreto edema agli arti inferiori.

II.

Lo stesso Prof. Negri praticava qualche tempo prima, e precisamente il 27 maggio, una *ovariotomia doppia* sopra una giovane donna domiciliata in Verona: la indicazione era offerta da un *cisto-adenomabilaterale delle ovaja:* l'atto operativo fu compiuto in 45 minuti: ambedue i larghi peduncoli legati con seta di Firenze, furono affondati.

Il decorso ulteriore fu affatto normale, ed al 12° giorno la operata abbandonava il letto completamente guarita.

Società di ostetricia, ginecologia e pediatria.

Si rammenta ai componenti la Società che l'adunanza già avvisata avrà luogo in Perugia dal 14 al 19 settembre p. v. in occasione del Congresso medico. Chi manderà i titoli dei lavori che comunicherà in detta adunanza farà cosa grata. — Direzione: Prof. Domenico Chiara, 62, Via Alfani - Firenze.

GASPARE NICOLA

Il 18 giugno u. s. cessava di vivere a Gravellona Lomellina in ancor fresca età il Dott. Gaspare Nicola. Gli *Annali* hanno debito di ricordarlo e perchè appartenente alla famiglia ostetrica, e perchè collaboratore del giornale. Fu assistente alle cliniche ostetriche di Modena con il Prof. Cuzzi, di Torino con il Prof. Tibone.

Di Lui ci rimangono due lavori che videro la luce in questo stesso giornale: con l'uno sul *Cranioclaste di Braun* si proponeva in modo speciale lo studio del modo di agire di tale strumento, con l'altro in collaborazione con il Prof. Cuzzi pubblicava alcune ricerche di *Cromocitometria e Termometria* ostetrica. Quello che a noi rimane è un documento di quello che avrebbe potuto dare se indomabile e lento morbo non lo avesse prematuramente tolto ai parenti, agli amici, ai colleghi.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Vol. VII. Settembre-Ottobre 1885 N. 9-10.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Società italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria

RENDICONTO DELLE SEDUTE

redatto dal signor

Dott. GIULIO KIRCH

La Società italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria ha tenuta la sua prima adunanza in Perugia nel giorno 16 settembre e la riunione si è continuata nei giorni 17 e 18. Alla riunione, per concerto preso con la presidenza dell'XI Congresso dell'Associazione medica italiana, furono ammessi i non facenti parte alla Società costituenti la 5ª Sezione del Congresso medesimo. La Presidenza come era stata costituita nella seduta di fondazione della Società, tenutasi in Roma il dì 19 marzo 1883 era composta così: Presidente Prof. Domenico Chiara; — Vice-Presidente Prof. Ercole Pasquali. Funzionava da segretario e da rappresentante il Cassiere il Dott. Giulio Kirch. Le letture o comunicazioni messe all'ordine del giorno erano le seguenti:

Comunicazioni dei membri della Società di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria.

Chiara Prof. **Domenico** — *Firenze.*

La Menopausa chirurgica o artificiale come cura dei fibromiomi dell'utero.

L'Antisepsi puerperale nell'Istituto ostetrico di Firenze.

Un caso di continuazione della gravidanza dopo la puntura del sacco amniotico e l'aspirazione del liquido.

Alcune parole di critica alla nuova teoria sulla mestruazione del *Löwenthal.*

Borsini Dott. **Costantino** — *Piacenza.*

Ovariotomia parziale in donna di 76 anni, operata il 20 dicembre 1881, tuttora vivente in buone condizioni di salute.

De Paolis Dott. **Luigi** — *Napoli.*

Sulle iniezioni endouterine.

Fabbri Prof. **Ercole Federigo** — *Modena.*

Relazione su tre casi di polidramnio occorsi nell'Istituto ostetrico di Modena. Presentazione di alcuni nuovi istrumenti ginecologici.

Pasquali Prof. **Ercole** — *Roma.*

Contributo alla diagnosi della gravidanza nei primi tre mesi di gestazione.

Piccinini Dott. **Ettore** — *Asti.*

La corrente continua in unione all'ergotina nella cura dei miomi dell'utero.

Marta Dott. **Giovambattista** — *Venezia.*

Contributo alla storia dei tumori cistici dell'utero.

Comunicazioni dei componenti la 5.ª Sezione del Congresso.

Coen Dott. **Edmondo** — *Bologna.*

Sopra alcuni istrumenti craniometrici.

Mori Dott. **Giuseppe** — *Perugia.*

Le iniezioni ipodermiche di citrato di ferro nelle anemiche con complicazione di gravidanza.

Oliveti Dott. **Francesco** — *Napoli.*

Cura delle flessioni dell'utero.

Adunanza del 16 settembre.

Il Prof. Domenico Chiara di Firenze dà lettura della sua comunicazione sull'*antisepsi puerperale indiretta* (1). Dopo avere esposto in quali condizioni materiali di luogo, di tempo e di persone egli abbia fatto lo studio sperimentale sulla antisepsi puerperale, viene alle seguenti proposizioni riassuntive:

1.° La profilassi antisettica puerperale può essere diretta o genitale e indiretta o extra-genitale.

2.° La profilassi indiretta è più semplice, più facile più economica di quella diretta, e di questa non meno efficace.

3.° La topografia delle lesioni e delle regioni, che lungo il canale genitale possono essere la porta di ingresso della materia settica, danno ragione della efficacia della profilassi ch' egli chiama indiretta: vuol dire che sono nelle condizioni delle ferite sottocutanee, o di quelle che, rese asettiche, siano medicate per occlusione permanente asettica.

4.° Ricordando che la disposizione anatomica peculiare del canale genitale rende difficilissimo l' ingresso dell'aria, si è disposti ad accogliere codesta proposizione.

5.° La profilassi ch'egli dice indiretta sta nel rendere asettico il canale vagino-uterino subito dopo, e per quanto si può, durante il parto: ciò fatto, il modo migliore di mantenerlo asettico è *l'assoluto non intervento* fino al congedo della puerpera. Va favorito lo scolo lochiale con opportuna posizione della puerpera (testa e tronco elevati) astenendosi dal porre sulla vulva pannolini, garza, cotone e simili. Biancheria, materasse, letto da parto, puerperio, vesti delle persone, che assistono al parto, tutto è previamente disinfettato con i vapori di solfo.

6.° Per rendere asettico, il canale utero-vaginale crede si debba: 1.° Far compiere il parto nella nebbia fenica, incominciando questa nel momento in cui esordisce il periodo espulsivo, o quando si sta per dare principio ad un atto chirurgico. 2.° Compiuto il parto, procedere ad una lavatura generosa e prolungata del canale vagino-uterino mediante la soluzione all' 1 $^0/_{00}$ di bicloruro di mercurio. Da questo momento astensione assoluta dall' esame dei genitali, da lavature e da tutte quelle pratiche, le quali possono ledere i punti granuleggianti o immettere aria nel canale o deporvi materia settica.

7.° Codeste proposizioni-conclusioni posano sopra gli eccellenti risultati che si ottennero dal 1° novembre 1883 a tutto luglio 1884 nella sezione legit-

(1) Vedi pubblicazione per esteso della comunicazione, nel corpo del giornale.

tima del R. Istituto ostetrico ginecologico di Firenze: in cotesta sezione abbondano le sorgenti d'infezione assai più che nella sezione illegittima, dove si mantenne l'antisepsi diretta o genitale a titolo di confronto.

Apertasi la discussione il Dott. *Borsini* domanda perchè venga rifiutata la medicatura per occlusione con cotone fenicato ai genitali esterni. Il Prof. *Chiara* risponde che non tiene codesta pratica perchè detta medicatura impedisce il deflusso dello scolo lochiale che fermandosi sulle possibili lacerazioni, può essere assorbito. Si limita alla lavatura metodica, rigorosa dei genitali esterni. L'aria non può penetrare nel canale vagino-uterino se non durante le manovre che si fanno per una esplorazione od una lavatura, si astiene quindi da queste irrigazioni e se pure un po' di lochiazione si dovesse soffermare nella parte inferiore della vagina non essendo in contatto con aria atmosferica non deve preoccupare. Preferisce il decubito dorso-sacrale durante il parto a quello sul fianco che permette l'ingresso di aria in vagina. Il Dott. *Giuria* risponde a questo che, dal momento che il parto si fa in un ambiente vero asettico dalla nebbia fenica, non si debba temere della posizione data alla partoriente. Crede utile, anzi necessario, specialmente nelle primipare, fare una medicatura ai genitali esterni con cotone fenicato o iodoformio acciocchè non vengano assorbiti scoli lochiali. *Chiara* non contesta l'utilità della medicazione, ma è convinto che quando la lacerazione della forchetta o altre, siano sottratte al contatto dell'aria atmosferica (per il ritorno delle parti molli allo stato normale, dopo il parto) è per lo meno superflua. Non crede poi ad un'azione infettante dello scolo lochiale quando la superficie uterina e vaginale siano rese asettiche durante e subito dopo il parto con nebbia fenicata e irrigazione endouterina. Quanto allo spray, non si può essere perfettamente sicuri che renda l'atmosfera asettica; meglio quindi opporsi allo ingresso dell'aria che lasciarla entrare quantunque fenicata. Il Prof. *Pasquali* sulla posizione data alla puerpera dice che la sacro dorsale, non gli sembra la più conveniente per favorire il deflusso dello scolo lochiale poichè questo si può accumulare dietro la forcella, il che non avviene nel decubito laterale; le donne poi sopportano anche meglio il decubito sul fianco che non il sacro dorsale. *Chiara* dice che la puerpera non deve essere tenuta assolutamente nella posizione dorso sacrale, ma assolutamente nella posizione, che favorisce lo scolo lochiale; vuole però che nelle prime ventiquattro ore la puerpera stia in posizione sacro dorsale.

Chiusa la discussione sulla prima comunicazione il Prof. *Chiara* dà lettura di una seconda relazione (1) *sopra un caso di continuazione della gravidanza dopo la puntura del sacco amniotico e l'evacuazione del liquido.* Si tratta di

(1) Vedi la comunicazione per esteso nel corpo del giornale.

una donna ricoverata nell'Istituto ostetrico di Firenze per cistoma dell'ovaio. Fu sospettata pure gravidanza associata al tumore, però, esclusa in seguito all'esame diagnostico, fu fatta una puntura esploratrice e questa cadde sull'utero gravido, scambiato con una loggia cistica, il liquido amniotico fu estratto completamente, la gravidanza continua e si riproduce il liquido. Ovariotomia 14 giorni dopo la puntura esploratrice; aborto 24 ore dopo la operazione di un feto vivo. Guarigione. Dopo avere esposto il caso clinico, il relatore domanda se il fatto osservato della riproduzione del liquido amniotico senza aver sollevati accidenti, che disturbassero la gravidanza, potrebbe avere qualche pratica applicazione.

Pasquali conferma la difficoltà della diagnosi di gravidanza in certi casi, e narra di un fatto occorsogli vedere in cui essendo stata diagnosticata una gravidanza extrauterina si fece una iniezione di morfina per uccidere l'embrione che poi venne espulso portante ancora la ferita del trequarti. Dice che il fatto della riproduzione è molto importante; domanda se sulle membrane non si siano trovati i fori fatti dal trequarti, poichè se ne trovò uno solo, quello fatto durante l'ovariotomia, e gli altri fatti alcuni giorni prima? *Chiara* risponde che la puntura fu una sola in seguito alla quale avvenne la riproduzione del liquido amniotico e da questa puntura al parto corse un certo tempo, cosicchè poteva essere avvenuta la cicatrizzazione; del resto il trequarti usato per la puntura esploratrice essendo stato capillare, il foro può essere passato inosservato. Il Professor *Romiti* dice che contrariamente a quanto si credeva prima, oggi si ammette la possibilità della cicatrizzazione dell'amnios, fatto del resto provato da esperienze fatte sugli animali. Avendo il *Pasquali* detto che il caso riferito dal Prof. Chiara era molto interessante per lo studio della genesi del liquido amniotico, *Romiti* dice che il fatto in parola starebbe a confermare che esso derivi dai vasi proprio dell'amnios, ricorda uno studio fatto dal Prof. Vannoni e dice che egli stesso crede potere avere osservato che l'idramnios è dovuto ad alterazione dei vasi dell'amnios. Il Dott. *Giuria* ricorda come non poche gravide abbiano delle perdite di liquido amniotico specialmente negli ultimi tre mesi della gravidanza, occorre quindi che il liquido si riproduca ben presto perchè possa continuare la gravidanza; *Pasquali* crede che il Giuria confonda l'idrorrea delle gravide con perdita di liquido amniotico; domanda al Romiti se i vasi dell'Jungbluth persistono e furono dimostrati in ogni caso di idramnios. *Romiti* dice di averli trovati nella maggioranza dei casi, non sono visibili ad occhio nudo e difficili ad iniettarsi; occorre fare l'iniezione del liquido a freddo secondo le norme del Richardson, e che la pressione sia poca e continuata per un certo tempo, essi sono in maggiore abbondanza e costituiscono delle belle anse, perifericamente al margine della placenta; è d'opinione che il liquido amniotico debba principal-

mente la sua origine a questi vasi, poichè essi sono in maggior numero quanto meno è inoltrata la gravidanza, sono più sviluppati nei casi di liquido amniotico abbondante, persistono per tutta la gravidanza, sono più abbondanti, e più voluminosi nei casi d'idramnios. Non nega per altro che l'idramnios non sia connesso con altre cause multiple, fra le quali non ultima, una profonda lesione del feto.

Il Dott. *Piccinini* domanda se la esistenza di questi vasi dell'Jungbluth potrebbe servire come criterio medico legale bastante a provare e stabilire l'esistenza di amnios e quindi di gravidanza. *Romiti* dice che è un buon segno poichè dove c'è placenta c'è o c'è stata gravidanza.

Una terza comunicazione è fatta dal Dott. *Costantino Borsini.* Rifà la storia clinica e la tecnica da lui seguita in una *ovariotomia in donna dell' età di 76 anni.* L'operazione fu fatta nell'anno 1881, previa cloronarcosi. Insiste sul fatto che la donna fu cloroformizzata. Escisione parziale della ciste, formazione artificiale di peduncolo multiplo, legatura extra-addominale. Drenaggio e medicature con rigoroso metodo antisettico. Dopo quattro anni l'operata è ancora in buone condizioni di salute e dell'enorme borsa costituita dalla parte di ciste non asportata, non resta che un piccolo tramite, che dà esito ad un mitissimo gemizio catarrale.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. *Borsini; Kirch* domanda quale controindicazione vi era da temere della narcosi cloroformica in una vecchia che niente presentava di anormale nei sistemi circolatori e respiratori. *Borsini* dice non esservene stato altro se non il pregiudizio di molti colleghi a cloromizzare una donna di 76 anni. Il Dott. *Lazzari* rammenta il caso di una donna di 92 anni operata, previa cloronarcosi, di cistocarcinoma della mammella pesante 4 chilogrammi. Guarì ed era ancora viva 3 anni dopo l'operazione. Domanda se in caso di tumore ovarico (cistoma) e scirro della mammella si debba operare. Egli ne operò un caso, la donna morì di peritonite dopo 15 giorni. *Borsini* dice che bisogna distinguere se il tumore ovarico sia di natura maligna o no. *Chiara* riferendosi alla relazione del Dott. Borsini dice che i casi di donne operate di cistoma ovarico aventi superato i 75 anni non sono rari. Quanto al problema proposto dal Dott. Lazzari è d'opinione che in caso di scirro della mammella e cistoma ovarico non vi sia controindicazione a operare quest'ultimo. *Pasquali* si associa alle conclusioni del Prof. Chiara.

Adunanza del 17 settembre.

Nella seconda adunanza leggono delle relazioni: il Dott. *Piccinini* d'Asti (1): *La corrente continua in unione all'ergotina nella cura dei miomi uterini.* In un caso ribelle alla cura della segala cornuta, ha sostituito l'ergotina ed ha fatto uso della corrente continua, mettendo l' elettrode del polo negativo nella cavità uterina per la sua azione caustica, la somministrazione dell'ergotina è stata dosimetrica. Con questo metodo di cura ha ottenuto una notevole diminuzione di volume del tumore e la scomparsa di tutti i fenomeni, che accompagnavano la sua esistenza: consiglia quindi che in casi simili prima di accingersi ad atto operativo si debbano tentare gli altri mezzi di cura.

Aperta la discussione sulla relazione del Dott. Piccinini prende la parola il Prof. *Pasquali.* Dice che ancora non si è pronunziata l' ultima parola sulla ergotina quanto al suo valore terapeutico, ha riscontrato esser molto più attiva l'ergotinina. Ammette che coi derivati della segale si abbia la riduzione di certi tumori fibrosi dell' utero, che diminuiscano le menorragie, ecc. Ha fede nella cura elettrica specialmente portando il polo negativo nella cavità uterina, per la sua azione caustica; però non si ha una cura radicale o involuzione completa del tumore. Nega che i tumori fibrosi possano aver la loro origine da un traumatismo. *Piccinini* non ha usato l'ergotinina per non averla potuta avere, crede si abbiano migliori risultati con la cura dosimetrica, poichè così meglio si sorveglia l'azione del farmaco. Si associa al Prof. Pasquali all'opinione che i tumori fibrosi non hanno origine da un trauma. Ha riferito il caso solo per invitare colleghi a sperimentare il suo metodo di cura mista avanti di accingersi ad un atto operativo.

Il Dott. *Fibbi* di Spoleto (2) riferisce sopra un caso di *amputazione utero-ovarica per distocia delle parti molli.* L' ostacolo al parto era dovuto all' esistenza di un grosso fibroma della parete posteriore dell'utero occupante tutto il piccolo bacino. Il taglio cesareo fu fatto in quarta giornata di travaglio, con già in corso una setticemia. Amputazione utero-ovarica, previa legatura separata dei ligamenti larghi. Cura del peduncolo uterino, extra-peritoneale. — Morte dopo 24 ore dall' operazione per emorragia del peduncolo del ligamento largo di sinistra.

Apertasi la discussione il Dott. *Paladini* domanda se il tumore era sottosieroso, murale, o sotto-mucoso, poichè nel primo caso prima di accingersi al

---

(1) Vedi la memoria per esteso nel corpo del giornale.
(2) Vedi trascritto il caso per esteso nel corpo del giornale.

taglio cesareo si sarebbe potuto tentare la enucleazione del tumore per vaginam. Il Prof. *Fabbri* domanda se il tumore era peduncolato, chè in tal caso esso avrebbe potuto essere, probabilmente, respinto in alto. Il Prof. *Pasquali* domanda che Fibbi precisi la sede del tumore appunto perchè a seconda di essa poteva variare la condotta operatoria. Domanda al Dott. Fibbi perchè ha fatto la legatura separata dei ligamenti. Il Prof. *Chiara* si associa al Dott. Paladini, che si sarebbe dovuto fare un tentativo di estrinsecazione del tumore o con le forbici o col cefalotribo, se non in totalità almeno in parte tale, da permettere il passaggio del feto. *Fibbi* risponde che i tumori erano sotto-sierosi e parietali come ha visto dalla necroscopia; non poteva accingersi alla enucleazione non essendo sicuro se erano o no peduncolati e poi perchè erano tumori multipli. Ha operato al quarto giorno di travaglio con in corso una setticemia, feto morto. *Pasquali* domanda dove fu messo il laccio per la legatura del peduncolo, se il tumore occupava tutta la pelvi. *Fibbi* ha passato il laccio dopo avere estrinsecato dalla ferita l'utero svuotato. Il Dott. *Falleroni* domanda perchè non si fece la semplice miomotomia senza l'amputazione utero-ovarica. *Fibbi* risponde che si accinse a questa ultima tecnica operativa perchè vi erano moltissimi altri fibromi che avrebbero in seguito esposta la donna a nuova operazione.

Il Prof. *Pasquali* (1) parla quindi del *valore che ha nella diagnosi* della gravidanza nei primi tre mesi di gestazione la *cambiata posizione del collo uterino*, dice che si deve insistere più di quanto si potrebbe credere sulla direzione del collo che nei primi tre mesi è portato indietro e in alto.

Mostra delle tavole a conferma di quanto ha esposto.

Nella discussione prende la parola il Prof. *Fabbri* dicendo che non crede che nei primi mesi di gestazione si debba tenere molto calcolo del volume dell'utero per diagnosticare l'epoca della gravidanza, e quindi della direzione del collo, essendo molte le cause che lo fanno variare (idramnios, spessore delle pareti uterine, tumori, ecc.) e poi nei casi di ristrettezze pelviche il fondo risale più presto in alto. *Pasquali* dice di non avere avuto in animo di dare delle regole fisse, ma solo un contributo alla diagnosi dell'epoca di gravidanza nei primi mesi.

Il socio Prof. *Fabbri* mostra alcuni istrumenti ginecologici. Fra gli altri un porta aghi per operazioni ginecologiche (2). Mostra ancora un porta aghi fondato sullo stesso principio destinato a trafiggere con grosso ago curvo assai e ottuso, i parametri ed i ligamenti larghi e portarvi così i lacci necessari nel-

---

(1) Non abbiamo potuto pubblicare in questo numero la memoria del Prof. Pasquali per ritardi subiti nel suo invio. (*Nota della Direzione*).

(2) Vedi lo *Spallanzani*, 1885, pag. 296.

l'estirpazione totale dell'utero. Enumera le ragioni per le quali egli ritiene che così operando si possa riescire a portare i detti lacci rilevantemente lontano dal collo, sede del neoplasma maligno, colla piena sicurezza di non comprendere gli ureterii, sicurezza che egli ritiene non possa aversi piena, stringendo i parametri con pinze a morsa di qualsiasi forma, prima di passare i lacci. Da ultimo mostra un suo *clamp* cauterizzatore per aprire i fornici vaginali col termo cauterio o meglio colla galvano-caustica.

Adunanza del 18 settembre.

Parla primo il Prof. *Madruzza* (1) sulla *Cardiografia e cardiometria fetale.* Riferisce sopra alcuni studii statistici per stabilire se dal numero dei battiti cardiaci fetali si possa diagnosticare il sesso del nascituro, se i battiti cardiaci siano in relazione con il peso della placenta e con l'epoca di gravidanza. Ha avuto dei risultati negativi. Non trova neanche ragioni sufficienti per spiegarsi le differenze del ritmo cardiaco nello stesso feto, se non nella situazione diversa più o meno disagiata del corpo del feto nella cavità uterina.

Prende la parola il Prof. *Pasquali* per dire che già Frankenhaüser aveva fatti degli studii sul valore del battito cardiaco per diagnosticare il sesso del feto. Quanto alle pulsazioni aumentate o diminuite per il diverso atteggiamento del feto e per lo stato della placenta, ha trovato solo che esse aumentano quando la placenta è ammalata. È d'avviso che il fatto deve essere ancora studiato. *Madruzza* ha riscontrato questo in casi di placente sifilitiche e lo spiega col fatto che funzionando male la placenta e il cuore fetale ricevendo per questo uno stimolo che non è il normale, le pulsazioni devono aumentare.

Il Dott. *Oliveti* (2) di Napoli parla lungamente *della cura delle flessioni uterine*, proponendo il suo metodo, che consiste nella dilatazione cruenta o incruenta del canale cervico uterino per introdurre un pessario interno quando questo non passi facilmente. Mostra degli strumenti speciali da lui inventati, quali uno speculum bivalve, un nuovo dilatatore ed un pessario intrauterino.

Nella discussione che segue alla relazione del Dott. Oliveti, *Pasquali* dice che il tema è molto arduo; la nomenclatura stessa usata dal relatore perde un poco del suo valore poichè molte antiversioni con flessioni non sono dovute ad

---

(1) Dalla sua memoria: Alcune notizie sull'ospizio di Maternità e Scuola Ostetrica in Perugia con note statistiche di clinica ostetrica. Perugia, Tip. Boncompagni, 1885.

(2) Non fu possibile pubblicare per esteso il lavoro del Dott. Oliveti per non averlo egli ancora spedito alla redazione. La discussione perde quindi della sua importanza non essendo questo che un brevissimo riassunto della elaborata memoria dell'Oliveti.

altro che a malattia (metrite) del fondo; le malattie periuterine pure possono grandemente fare variare la posizione dell'utero. Dice che è spesso molto difficile fare la riduzione senza l'uso del cloroforme. Si rallegra per i buoni resultati ottenuti dall'Oliveti. Il Prof. *Chiara* domanda come si premunisca contro la possibile infezione. *Oliveti* risponde al Pasquali che intende parlare più specialmente delle flessioni che non delle versioni; non ammette, quasi, la flessione anteriore che secondo lui è fisiologica. Col suo metodo possono però curarsi anche le versioni. Al Chiara risponde che fa uso di antisettici specialmente dell'acido fenico per lavare gli strumenti e fare le iniezioni endouterine. Non ha mai avuto a lamentare un decesso. *Borsini* si associa al Prof. Pasquali dicendo che l'argomento è di grande importanza, mentre da alcuni è sì poco considerato, che in certi ospedali non si accettano neppure, le malate affette da flessioni o versioni uterine. Domanda quale sia la tecnica della sondatura, usata dall'Oliveti. *Oliveti* dice che prima riduce l'utero, quindi introduce la sonda, portando la concavità dell'istrumento in direzione opposta alla concavità della flessione e terminando l'introduzione con un *tour de maitre* come nella sondatura dell'uretra maschile.

Il Dott. *Mori* (1) di Perugia, riferisce di un caso di *anemia in gravidanza* che egli ha curato con esito felice mercè le iniezioni ipodermiche di citrato di ferro. Queste non hanno mai dato elevazioni termiche.

Fabbri domanda come spiega il Dott. Mori l'aborto avvenuto, e se non potrebbe essere avvenuto in seguito alle scarificazioni fatte sulle grandi labbra. *Mori* non nega che l'aborto possa essere avvenuto in seguito alle scarificazioni, le cause possono essere multiple; del resto non se ne preoccupò, poichè aveva fatta diagnosi di morte del feto come ebbe a riscontrare in seguito essendo egli nato macerato. *Chiara* riferendosi alla quistione dell'elevazione termica generalmente ammessa come facente seguito alle iniezioni ipodermiche di citrato di ferro, dice che egli crede la febbre in quei casi, una conseguenza di setticemia e ha diritto di credere che o per parte della soluzione o dell'ago non fosse rigorosamente osservata l'asepsi. Non ha mai avuto elevazioni termiche in seguito a numerose iniezioni di citrato di ferro; alcune volte il flemmone, che decorse però, riassorbendosi, senza febbre.

Il Prof. *Fabbri* (2) di Modena riferisce tre casi di *Polidramnio* occorsi nell'Istituto ostetrico da lui diretto. Nel primo caso trattavasi di una raccolta di 7 litri, e il feto nato moribondo presentava idronefrosi bilaterale e idrocefalia con suture e fontanelle più strette di quelle che sogliono esserlo nel feto a ter-

---

(1) Vedi la storia clinica nel corpo del giornale.
(2) Il lavoro originale verrà pubblicato per esteso in un prossimo numero.

mine. Nel secondo caso la raccolta era di 4 litri e il feto anasarcatico era sede di idrotorace doppio, di idropericardio e di idrope ascite e di vizio cardiaco. Il feto nacque morto ma fresco. La placenta non era edematosa ma mostrava alquanto dilatate le vene alla sua faccia fetale. Nel terzo caso trattavasi di polidramnio unilaterale in gravidanza genuina. Il primo sacco conteneva 7 litri e $^1/_2$ di liquido e apparteneva al feto maggiore. Ambedue i feti erano macerati. Il maggiore presentava cuore e reni ipertrofici. Le placente erano fuse e comunicanti in modo che era palese avere il feto maggiore invaso il circolo placentare del minore. Quanto all'etiologia del polidramnio nel primo caso, il Prof. Fabbri crede che impedita per l'idronefrosi la secrezione urinaria e il circolo sanguigno dei reni, ne derivasse idroemia del feto ed aumento di pressione nel suo albero arterioso e quindi ancora nei vasi ombellicali e per questi due fatti si stabilisse maggiore trasudamento di liquido dai vasi ombellicali nel sacco amniotico. Quanto al secondo caso, crede che l'inceppamento al circolo venoso che aveva prodotto l'anasarca fetale e le varie idropisie delle sierose fetali producesse aumento di trasudato nel sacco amniotico dai vasi ombellicali. Quanto al terzo egli crede che doppia fosse l'origine del polidramnio e cioè origine renale e origine per trasudamento dei vasi ombellicali, e ne porge gli argomenti. Da ultimo il *Fabbri* dichiara che a suo avviso il polidramnio può qualche volta dipendere da una causa fin qui non considerata, cioè dell'essere impedito il corso del liquido amniotico nel tubo digerente del feto. È indubbio che il feto deglutisce in copia rilevante il liquido amniotico il quale certo verrà riassorbito dal tubo digerente. Ora se avvenga che per impedimento alla deglutizione o per atresia dell'alto del tubo digerente non possa il feto per esso tubo assorbire l'acqua necessaria, ne assorbirà dalla placenta in maggior copia che d'ordinario non suole per questa via assorbire, e così provvederà ai bisogni della sua economia e fra questi alla secrezione urinaria. Continuerà quindi l'ordinaria immissione di nuove acque nel sacco amniotico, mentre è cessato il modo più potente di sgravio o di emissione di esse acque, che è la deglutizione che ne fa il feto; e perciò la copia del liquido amniotico dovrà crescere. Il fatto che fece nascere nel Fabbri l'idea di questa teoria fu quello di cui parla l'Ahlfed, nel quale il polidramnio era congiunto ad atresia del duodeno. E il Fabbri ritiene che anche l'anencefalia (che tanto di frequente è congiunta a polidramnio), possa produrlo per una cagione simigliante. Di fatti in questi mostri la lingua che riempie tutta la cavità buccale, anzi ne sporge dalle arcate alveolari dischiuse, deve essere inetta a servire alla deglutizione e deve impedirla; al che si aggiunga che nei mostri in discorso, per le profonde alterazioni di struttura dell'encefalo può aversi paresi dei muscoli della deglutizione. Da ultimo il Fabbri fa considerare che complicandosi una mostruosità che tende a diminuire l'assorbimento del liquido amniotico

dall' intestino con una mostruosità della specie di quella che notavasi nel primo caso clinico da lui descritto, le due mostruosità possono esercitare l'una sull'altra un'azione moderatrice e mancare il polidramnio.

Il *presidente* fa notare che vi fu già discussione sull' origine del liquido amniotico, che le conclusioni d'allora furono presso a poco uguali a quelle del Fabbri. *Madruzza* osserva che se l' origine del liquido amniotico è per buona parte fetale, si dovrebbe trovare più frequentemente l'idramnio poichè sono tanto frequenti le stenosi uretrali. *Fabbri* risponde che non intende ora discutere sulla frequenza delle stenosi uretrali congenite, ma ritiene che *solo* quando le stenosi fossero tali da indurre idronefrosi si stabilirebbero quelle condizioni che egli ha considerate capaci di produrre polidramnio.

Il Prof. *Chiara* fa una breve critica alla *Nuova teoria sulla mestruazione del Löwenthal,* poggiandosi sopra tre casi clinici di operate di ovariotomia unilaterale e legatura della tromba dell' altro lato e nelle quali, pur non potendo l'uovicino arrivare nella cavità uterina, si manteneva la mestruazione. Invita i colleghi a studiare il tema per riferirne in prossima adunanza.

Con questa si chiude la lettura delle comunicazioni e si chiude il Congresso della 5ª Sezione. La Società di ostetricia si trattiene ancora in Seduta privata per discutere sul bilancio, sulla scelta della sede della futura Adunanza e sulla scelta del nuovo Comitato direttivo per l' anno 1886. Il bilancio è esposto dal Dott. Giulio Kirch rappresentante il Prof. Pellizzari, fa lettura della minuta delle somme incassate e delle spese; resulta che al giorno 12 settembre 1885 si trovano in cassa it. L. 575,70. Fa invito alla presidenza perchè voglia determinare la condotta da tenersi coi soci morosi. Si delibera d' inviare una circolare per invitare i signori morosi a dire se intendono continuare a far parte della Società. Si passa quindi alla scelta del nuovo Comitato direttivo che venne così composto:

Presidente: Prof. Tibone
Vice-Presidente: Prof. E. F. Fabbri
Segretari: { Carrara / Bompiani }
Cassiere: Dott. Kirch.

La scelta della città a sede della futura Adunanza cade su Roma e l' epoca sono le ferie pasquali del 1886.

NOTE.

In seguito a rinunzia del Prof. Tibone a presidente della Società italiana di ostetricia, ginecologia e pediatria, con lettera al presidente del 1885 in data 3 ottobre p. p., furono spedite delle circolari per invitare i soci a eleggere con schede il nuovo presidente. Resultò eletto il Prof. Ottavio Morisani con notevole maggioranza.

Sono dimissionari i Soci: Dott. Guaita, Dott. Inverardi, Dott. Celoni, Dott. Grassi, Prof. Macari, Prof. Tibone, Prof. Cuzzi, Dott. Agostini e Dottor Bolzoni.

PRIMA RIUNIONE

della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia in Perugia

dal 14 al 19 settembre 1885

LA PROFILASSI O ANTISEPSI INDIRETTA

nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze

COMUNICAZIONE

fatta nell'adunanza del 15 settembre

dal Prof. D. CHIARA

Signori,

Se l'ideale de' mezzi terapeutici, quelli diretti a combattere la malattia, è che agiscano prontamente, con sicurezza e innocenza *(tuto, cito et jucunde)*, trattandosi di quelli diretti a prevenire, variando alquanto la sentenza, si potria affermare che l'ideale di questi mezzi sia la potenza, la innocenza e la *economia*. — Nella profilassi in genere, nella profilassi puerperale in ispecie, codesto ideale l'abbiamo noi? Azzardare una risposta negativa credo non sia fare ingiuria alla verità, nè gettare una nota di sprezzo su coloro che hanno fatto e fanno precipuo obbiettivo de' loro studi la profilassi. A conforto della mia apparentemente temeraria sentenza porterò il fatto solo della farraginosa, imbarazzante copia di agenti e pratiche antisettiche le quali tengono il campo puerperale: come per la terapia comune, anche per la profilassi vale il detto « ricchezza, miseria. »

Intrattenendo adunque brevemente i miei colleghi sull'antisepsi puerperale ho fede di non incorrere nel rimprovero di riandare cose arcinote, visto che questo vecchio argomento della profilassi puerperale appare tuttora e sempre nuovo.

Memore poi del fatto incontestabile che la copia de' rimedi maschera la

povertà e la impotenza, e conseguente alla mia correlativa convinzione, non vengo a proporre un nuovo antisettico, nè tampoco una nuova pratica o una più o meno ingegnosa modificazione delle pratiche più in onore; mi sono proposto un compito più modesto, forse fin troppo, poichè, come vedrete, quanto sarò per proporre si potria riassumere nell'avverbio *nulla*.

E prima di addentrarmi nel vero argomento indicato dal titolo, giova ch'io mi faccia ad esporre brevemente le condizioni materiali di luogo, di tempo, di persone, ecc., in cui venne fatto lo studio sperimentale il cui risultamento riassumerò in poche proposizioni, e dico giova sì perchè potrà provare che non a torto do a codesti risultati una grande importanza, sì perchè potrà contrastare a certe obbiezioni che là per là io per il primo, lo ammetto, hanno veste di molto valore.

Il R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze che nella sua forma attuale ha vita dal gennaio 1883, due mesi dopo la mia nomina nella sezione medico-chirurgica del R. Istituto di studi superiori pratici, è diviso in 4 sezioni: 1 sezione ginecologica, 1 sezione ostetrica per gli studenti medicina (5° e 6° anno), 1 sezione ostetrica per le aspiranti levatrici (scuola teorico-pratica di ostetricia), 1 sezione pediatrica per bambini malati di forme mediche e chirurgiche dalla nascita al 9° anno compiuto; in questa è la Clinica omonima diretta dal Professore M. R. Levi.

Le sezioni ginecologica e ostetrica per gli studenti occupano il 1° piano del fabbricato e in quella ostetrica sono ammesse le sole maritate o nubili rinuncianti al segreto; la sezione ostetrica per le levatrici è al 2° piano, e vi si raccolgono soltanto le nubili e le prostitute; quella pediatrica sta in un'ala speciale contigua per un lato alla sezione ostetrica del 1° piano. Questo rappresenta un rettangolo del quale i lati più lunghi sono divisi in camere da 4 a 6 letti; la sezione ostetrica (clinica-studenti) è nel lato di levante, la ginecologica in quello di ponente; i 2 lati sono in comunicazione mediante largo corritoio a vetrate sul quale si apre l'anfiteatro che si trova così nel mezzo delle 2 sezioni; non v'ha personale particolare per l'una e l'altra sezione, ma dal professore alle alunne di guardia tutte le persone addette alla maternità fanno servizio promiscuo; quando sia necessario isolare qualche ammalata si fa domanda di apposito personale inserviente alla soprintendenza del R. Arcispedale. Nella sezione ginecologica vengono accolte senza restrizione e distinzione alcuna tutte le donne che, accorse allo spedale maggiore, vi sono riconosciute affette da malattia degli organi della sfera genitale, o soltanto sospette di così fatte malattie. Adunque la sezione ginecologica non è una clinica come la s'intende comunemente, dove mediante selezione il professore mette quei casi che a lui sembrano più confacenti e più proficui alla istruzione clinica.... non è insomma soltanto un Istituto didat-

tico, ma eziandio una vera e propria sezione di spedale. Ed ecco perchè insieme alla malata di fibroma uterino si trova la puerpera in corso di parametrite; con la malata di cistoma ovarico quella di metrite, e la isterica; insieme a quella che ha un neoplasma benigno, quell'altra fatalmente condannata dal carcinoma, dal sarcoma e simili.

Nella sezione ostetrica poi l'amministrazione spedaliera intendendo nel più largo e, secondo me, nel vero senso il valore dell'attributo *maternità* unito al sostantivo *spedale,* ammette la gravida ammalata, qualunque sia la forma morbosa, qualunque l'epoca della gravidanza, la partoriente sana o malata qualunque sia l'epoca e il momento del parto (aborto, parto prematuro, parto a termine, tanto compiuto che incompiuto), vi ammette la puerpera malata, qualunque sia la forma morbosa, comune o speciale, settica o asettica. Ed ecco, o signori, che nella Clinica ostetrico-ginecologica di Firenze, le possibili origini d'infezioni, o il materiale settico, non mancano, sono in permanenza tutto l'anno, e tutto l'anno ci tocca star vigili non solo, ma lottare onde tener nel luogo dove si trova la materia settica, quando non si possa rimovere, e impedirne la diffusione.

Aggiungete, o signori, queste due circostanze aggravanti, la consuetudine del passo giornaliero, voglio dire l'ammissione del pubblico nelle sale ogni giorno a ora fissa, senza esclusione nè distinzione di persone, e ch'io con molta fatica ridussi a 3 giorni e intendo ridurre a 2, e la frequenza della Clinica da una scolaresca numerosa (da 80 a 100) con tutti i pericoli che vi si associano, e che ai colleghi nell'insegnamento non è d'uopo io additi e nomini.

Rebus sic stantibus, voi pure, o signori, ammetterete che uno studio di confronto in siffatte condizioni debba essere importante, come ammetterete che ove la mortalità per infezione sia bassa, quella qualunque pratica profilattica che avrà dato codesto risultamento debba essere ritenuta buona: la mortalità per infezione nell'Istituto fiorentino, dacchè ho l'onore di dirigerlo, è rappresentata da 0,58 %.... (e spero di andar più giù in tempo non molto lontano); l'antisepsi che ha dato questa cifra è quella che io chiamo indiretta o extra-genitale (1).

In che cosa consista dirò tra breve, appena esposta l'antisepsi che si seguiva, durante lo studio fatto, nella 3ª sezione, quella destinata per la istruzione delle aspiranti levatrici, e dove, come dissi, vengono raccolte soltanto lo nubili o illegittime, e le prostitute. Quivi dominava l'antisepsi diretta, ed ecco come:

1.° Disinfezione della camera, che dovrà essere occupata da 6 puerpere, mediante i vapori di zolfo;

---

(1) È una denominazione inesatta che adotta *faute de mieux.*

2.° Disinfezione identica di tutta la biancheria, de' sacconi o del mobilio della sala del parto, come pure degli abiti delle donne (maestre e alunne) che assistono al parto.

3.° Bagno alcalino alla partoriente; lavatura prolungata della vagina con soluzione fenicata (4 %) prima della esplorazione; ad ogni esplorazione tien dietro consimile lavatura;

4.° Nebbia fenica (5 %) contro i genitali per tutto il tempo che dura il parto, cominciando dal periodo espulsivo;

5.° Lavatura utero-vaginale con acqua fenicata (4 %) dopo il secondamento e occlusione della vagina con stoppa fenicata mantenuta da bendaggio a T disinfettato con lo zolfo.

6.° Mattina e sera irrigazione vaginale prolungata e nuova occlusione con stoppa fenicata, tutto ciò per i primi 4 giorni completi; cominciare dal 5° semplice lavatura;

7.° Osservazioni termometriche regolari, e alla prima constatazione di temperatura febbrile, lavatura endo-uterina con soluz.-fenicata al 5 % e isolamento immediato della puerpera febbricitante.

Per la lavatura disinfettante delle mani e dello spazio sottungueale faccio uso di sapone-pomata contenente bicloruro di mercurio 2 ‰ e acido fenico 5 %, lavata la mano e asciugata, viene fatta immergere in una soluzione fenicata al 5 %, e non più asciugata, e il dito esploratore vien fatto spalmare con vaselina contenente bicloruro di mercurio 2 ‰ e acido fenico 7 % (1).

Vediamo adesso quella che si segue nella sezione ostetrico-ginecologica, e che ho chiamata indiretta. Qui credo necessaria la dichiarazione seguente: lo studio clinico, del quale sto per riferire i risultamenti, fu incominciato il 1 novembre 1883: le disposizioni necessarie per lo studio furono concepite e date nel settembre e nell'ottobre: io sapeva in quel tempo molto vagamente quello che appresi poi in modo positivo dalla lettura delle note di viaggio del Dr. Inverardi, che cioè nella Clinica di Braun-Fernwald a Vienna si governa il puerperio in modo analogo a quello che sto per descrivere:

1.° Ogni donna gravida partoriente o puerpera, tosto accolta, è messa in un bagno alcalino (carbonato di soda 400 grm. per un bagno comune) e in qualche caso di incoata infezione, bagno mercuriale (bicloruro 3 grm. acqua litri 200, salvo che qualche grave accidente o stato morboso vi si opponga.

---

(1) Dal giugno 1884 l'acido fenico non e più associato al bicloruro di mercurio; il forte ha cacciato il debole.

2.° Camere da puerperio, letti, biancheria, mobilio, sacconi, biancheria della sala del parto, pannolani, vesti delle levatrici.... tutto è disinfettato con i vapori di solfo in una camera disposta per codesto scopo.

3.° Lavatura delle mani degli studenti, che devono esplorare, con soluzione di bicloruro di mercurio all'1 °°/₀₀; dopo la esplorazione lavatura vaginale prolungata con la medesima soluzione. — Uso della pomata sapone e della vaselina già indicata.

4.° Parto naturale o artificiale nella nebbia fenica (10 °/₀), che un potente nebulizzatore manda sui genitali.

5.° Terminato il parto (naturale o artificiale) lavatura endouterina e vaginale e vulvare prolungata (4 litri almeno) con soluzione di bicloruro di mercurio all'1 °°/₀₀ riscaldata a 37.°

6.° Da questo momento astensione assoluta da ogni e qualsiasi intervento; la puerpera è adagiata nel suo letto con la testa e parte superiore del tronco elevata (piano inclinato) supina o sul fianco, onde favorire meccanicamente il flusso lochiale; sul pudendo esterno che viene ripulito mattino e sera nulla è messo, nè pezza, nè cotone, nè garza, onde non inceppare la uscita dello scolo lochiale: sotto le natiche una larga traversa che si fissa, rimboccandone, gli estremi sotto la materassa, e che si cambia ogni giorno.

7.° Osservazioni termometriche metodiche e rigorose: comparsa la febbre lavatura endouterina copiosa con bicloruro mercuriale all' 1 °°/₀₀ e isolamento della puerpera: la lavatura endouterina ora è unica, ora più o meno ripetuta secondo la forma morbosa e l'andamento della febbre.

Adunque, o signori, come vedete, nel periodo veramente, propriamente puerperale, l'antisepsi viene rappresentata dal non intervento, vale a dire dal *nihil.*

Permettetemi ora vi metta innanzi poche cifre (di queste oramai niuno può fare a meno) che rappresentano gli effetti de' due sistemi.

Dal 1° novembre 1883 a tutto il 14 luglio 1884, cioè 8 1/2 mesi, furono accolte nel dipartimento ostetrico N. 400 donne così divise per lo stato civile:

Maritate	184
Nubili	216

Delle legittime erano:

Primipare	30
Secondipare	19
Multipare	135
	184

Delle nubili o illegittime si trovarono:

Primipare 129
Secondi-o multipare 87

Delle 400 accolte si

sgravarono 322 { L. 130
I. 202

De' 332 parti furono più o meno artificiali 89 ripartiti nel modo seguente:

Per 130 parti nelle legittime
» 43 » artificiali

ossia circa 33 %

Per 202 nelle illegittime
» 46 artificiali

ossia circa 23 %. Vi faccio grazia del nome e quantità degli atti operativi che furono tutti praticati tranne il taglio cesareo e vengo al puerperio. Questo fu fisiologico assolutamente in 89 su 130 legittime, nella proporzione quindi di circa 69 %; fu assolutamente fisiologico in 143 delle 202 nubili o illegittime, quindi 71 %; il lievissimo vantaggio dell' antisepsi diretta viene neutralizzato e dalle condizioni più pericolose d'ambiente in cui si trovano le legittime e dal maggior numero di atti operativi che vedemmo di 33 % per 23 % soltanto nelle nubili.

La morbilità per infezione nelle legittime si trova rappresentato da 23, intendendo quelle che si sgravarono nell' Istituto, escluse quindi le venute puerpere e ammalate: nelle illegittime la stessa morbilità per infezione ha rappresentante la cifra 31, lievemente inferiore a quella delle legittime. — Voglio di buon grado concedere che, a merito uguale di metodo antisettico, in quella sezione sarà maggiore la morbilità nella quale contasi maggior numero di primipare, ed è invece minore nel nostro caso; ma oltre che siffatta considerazione non vale per noi, a rendere di molto più peso, relativamente, la morbilità trovata nelle legittime, persiste sempre il fattore neutralizzante in favore di queste ultime, il molto maggior numero di accidenti e atti operativi per i quali si offende nella multipara la mucosa vaginale e il collo uterino almeno in proporzione uguale a quanto fa il parto naturale nella primipara: infine della mortalità;

questa fu nel tempo dello studio fatto di 1 % nelle nubili o illegittime, e di 2 % nelle legittime contando 2 morte tra le accolte puerpere e in corso di peritonite settica. Deducendo queste, come credo averne il diritto, o contando sì per le legittime che per le nubili sopra un lasso di tempo maggiore (dieci mesi) si scema la mortalità per infezione, e si arresta, come dissi, sul principio a 0,58 %.

E qui faccio punto sacrificando una folla di considerazioni utili e assai importanti che potrei fare ancora, pensando che lo statuto nostro fissando a pochi minuti la facoltà di parlare implicitamente raccomandava la discrezione anche in quella di leggere: riassumerò pertanto quel che venni esponendo nelle proposizioni che seguono pregando caldamente i colleghi di soprapporle a finissimo vaglio critico.

Intanto, fidente nella verità ed esattezza dei risultamenti ottenuti, ho disposto che l'antisepsi detta extragenitale fosse, come fu, applicata in tutto l'Istituto fin dal 7 settembre 1884.

Proposizioni riassuntive.

A) La profilassi antisettica puerperale può essere diretta o genitale, e indiretta o extra-genitale.

B) La profilassi indiretta è più semplice, più facile, più economica di quella diretta e di questa non meno efficace.

C) La topografia delle lesioni e delle regioni che lungo il canal genitale possono essere la porta d'ingresso della materia settica danno ragione della efficacia della profilassi ch'io chiamo indiretta: voglio dire che sono nelle condizioni delle ferite sottocutanee o di quelle che rese asettiche siano medicate per occlusione permanente asettica (1).

D) Ricordando che la disposizione anatomica peculiare del canal genitale rende difficilissimo l'ingresso dell'aria si è disposti ad accogliere codesta proposizione (2).

E) La profilassi ch'io dico indiretta sta nel rendere asettico il canale vagino-uterino subito dopo e, per quanto si può, durante il parto: ciò fatto, il modo migliore di mantenerlo asettico è l'*assoluto non intervento* fino al congedo della puerpera. Va favorito lo scolo lochiale con opportuna posizione della puerpera (testa e tronco elevati) astenendosi dal porre sulla vulva pannolini,

---

(1) Voglia il lettore ricordare che l'asepsi conseguita con i nostri mezzi non è mai assoluta.

(2) Disposto ad ammettere che l'aria atmosferica è più innocente di quanto comunemente si crede, non mi sento di condividere l'ottimismo assoluto di Fritch: perciò continuo nell'uso dello spray.

cotone, garza e simili. Biancheria, materasse, letto da parto, da puerperio, vesti delle persone che assistono al parto, tutto è previamente disinfettato con i vapori di solfo.

F) Per rendere asettico per quanto è concesso ai nostri mezzi il canale utero-vaginale, credo si debba: — 1° far compiere il parto nella nebbia fenica incominciando questa nel momento in cui esordisce il periodo espulsivo, o quando si sta per dare principio a un atto chirurgico; — 2° compiuto il parto procedere a una lavatura generosa e prolungata del canale vagino-uterino mediante la soluzione all' 1 ‰ di bicloruro di mercurio. Da questo momento astensione assoluta dall'esame de' genitali, da lavature e da tutte quelle pratiche le quali possono ledere i punti granuleggianti, o immettere aria nel canale, o deporvi materia settica.

G) Codeste proposizioni-conclusioni posano sopra gli eccellenti risultati che si ottennero dal 1° novembre 1883 a tutto luglio 1884 nella sezione legittime del R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze: in cotesta sezione abbondano le sorgenti di infezione assai più che nella sezione illegittime dove si era mantenuta l'antisepsi diretta o genitale a titolo di confronto (1).

Firenze, settembre 1885.

---

(1) Nel corso del 1885 i buoni effetti di codesta profilassi si mantennero inalterati: è poi inutile far riflettere che nella pratica comune, fuori dallo spedale, e specialmente fuori dalle cliniche molte precauzioni si potranno ommettere.

INTORNO UN CASO DI AMPUTAZIONE UTERO-OVARICA

PER

DISTOCIA DELLE PARTI MOLLI

del Dott. FIBBI

(Comunicazione fatta nell'adunanza del 17 Settembre).

Richiamo l'attenzione dei Signori Congressisti intorno ad un caso ostetrico molto raro, che obbligò ad eseguire un'amputazione utero-ovarica, una tra le poche state eseguite in Italia per tumori dell'utero.

Si trattava di una primipara a 32 anni; la gravidanza era a termine; le acque erano scolate e il riscontro vaginale indicava ampiamente disteso il fornice posteriore, dietro al quale si sentiva un corpo sferico, simulante per grandezza e resistenza la testa di un feto. Soltanto dopo lunghe e pazienti indagini si riuscì, spingendo il dito molto in alto e in avanti, a raggiungere l'orifizio uterino, che si trovava posto di fronte alla superficie posteriore del pube. Il dito esploratore riusciva ad apprezzare il labbro anteriore dell'utero; posteriormente il dito non riusciva a passare tra il labbro ed il corpo sferoidale, che si presentava molto basso nello scavo. L'esplorazione anale indicava che immediatamente al davanti del retto esisteva un corpo sferoidale ed elastico, non avente alcun rapporto colle ossa del bacino. — Venne ritenuto trattarsi di tumore solido dell'utero, interstiziale forse, o forse sotto-sieroso, ostacolante in modo assoluto l'uscita del feto, per non essere suscettibile di reingresso nella grande pelvi. Nel dubbio che potesse anche trattarsi di una cisti ovarica, a pareti molto spesse e provvista di una tensione considerevole, venne praticata una puntura esplorativa, attraverso il fornice posteriore della vagina. Il risultato fu negativo.

Si ricorse quindi alla laparotomia, coll'animo deliberato di togliere il tumore se fosse stato possibile, e, in caso diverso, di amputare l'utero.

Al momento in cui venne eseguita l'operazione la donna si trovava in 4° giorno di soprapparto; il feto era morto.

Appena aperta la cavità dell'addome, si notarono sulla superficie esterna dell'utero varii tumoretti variabili per grandezza da una noce alla dimensione di un piede di feto a termine. L'esplorazione addominale potè farmi constatare che il grande tumore dipendeva direttamente dall'utero, che era assolutamente incuneato sotto la parte presentata dal feto e che per trovarsi in rapporto colla superficie latero-posteriore sinistra dell'utero stesso sarebbe riuscito impossibile esercitare qualsiasi manovra su quello ad utero pieno.

L'utero fu fatto sporgere il più che fu possibile attraverso la ferita addominale, quindi venne inciso per lungo sulla sua superficie anteriore e ne venne rapidamente estratto il feto e la placenta. Scarsissima fu la perdita del sangue. Immediatamente appresso vennero incisi i legamenti larghi in mezzo a doppia legatura perduta, eseguita con della seta. A destra i fili vennero tagliati a corto immediatamente appresso alla loro costrizione; a sinistra i 2 fili vennero lasciati lunghi coll'intendimento di potere nuovamente esaminare se fossero stati solidamente stretti, dopo compiuta l'operazione. Nel gettare il cordone elastico intorno all'ultima porzione sopravaginale dell'utero al disotto del grande tumore sito nella superficie postero-inferiore di sinistra, avvenne che i lacci di sinistra furono compresi nei giri del cordone elastico, da cui vennero liberati con ogni cautela. Questi lacci, dopo averne provato la solidità, vennero recisi. Il peduncolo uterino fu trattato col metodo extra-peritoneale.

Anestesia ottima. Durata dell'operazione un'ora.

La paziente visse 24 ore e venne a morire sotto il quadro fenomenologico del collasso.

L'autopsia dimostrò la presenza di sangue nel cavo pelvico, in mezzo al quale venne trovata una delle legature di sinistra, la quale forse si era allentata nel momento in cui ne fu compreso il filo al disotto del laccio elastico e sarà venuto a cadere dopo qualche ora dall'atto operativo ne' movimenti della paziente.

Il feto pesava 3 chilogrammi e 500. La placenta pesava 1 chilogramma. L'utero cogli annessi tumori pesava 1 chilogramma e 700 grammi.

L'utero venne conservato nell'alcool. Esso ha la grossezza di un voluminosissimo cedro: nel suo diametro longitudinale massimo (dopo l'indurimento) misura cent. 8: la circonferenza presa a livello dell'impianto dei legamenti rotondi misura cent. 36: lo spessore delle pareti è di 2 centimetri. La superficie esterna peritoneale è cosparsa di numerosi tumori variabili in grandezza da un piccolo cece ad una grossa noce ed uno impiantato nella porzione latero-posteriore sinistra della grandezza di un grosso arancio. Non occupandoci dei piccolissimi

sparsi, come si è detto, su tutta la superficie esterna, meritano speciale menzione (oltre quello grossissimo) due situati al polo superiore dell' utero ed uno nella faccia anteriore nel terzo superiore. Quello voluminosissimo, unitamente con il corpo dell'utero, dà un diametro trasverso di 25 centimetri. La circonferenza di questo grosso tumore è di cent. 29. Tutti si presentano duri e rivestiti da una capsula spessa e notevolmente vascolarizzata. Alla sezione il loro interno si presenta parimenti costituito da un tessuto duro e compatto avente fibre ad andamento circolare e cosparso da numerose emorragie. Il tumore più grande presenta la sua massa centrale distaccata in parte dalla capsula e dal tessuto più esterno ed in alcuni punti alquanto rammollito.

Tutto l'utero, torto alquanto sopra il suo asse longitudinale, fa vedere la tromba, ovajo e legamento largo e rotondo di sinistra situati più anteriormente; posteriormente gli annessi di destra. Il segmento inferiore dell' utero si mostra amputato a forma di cono ad apice monco.

Dall'esame istologico dei singoli tumori risultò trattarsi di fibromiomi.

Questo caso ha uno speciale interesse per la sua rarità, per avere permesso che la gravidanza giungesse a termine, per la difficoltà della diagnosi e per l'atto operativo cui dette luogo.

CASO CLINICO DI UN'ANEMIA PROFONDA

COMPLICATA A GRAVIDANZA

guarita colle injezioni ipodermiche di citrato di ferro

DEL DOTT. GIUSEPPE MORI

Non si creda che pretenda dire delle cose nuove, vengo solamente a portare il mio piccolo tributo sopra un fatto non ancora completamente risoluto, ma che è oggetto di seria discussione. Premetto che la via da me seguita nel trattamento del caso clinico che ora esporrò mi è stata delineata dalla Scuola ostetrica di Firenze di cui non ho fatto altro che confermare le esperienze già stabilite in proposito.

Era il 2° giorno che mi trovavo insediato nella mia nuova carica di Medico condotto di Agello, quando venni chiamato presso il letto d'una povera contadina di 22 anni, la quale si trovava in istato da fare pietà. La sua storia è breve: aveva goduta perfetta salute fino a 6 mesi prima epoca in cui rimase incinta. I primi tre mesi di gravidanza passarono inosservati, tanto più che quella donna era la prima volta che trovavasi in tale stato interessante. Al 3° mese insorsero i fenomeni morbosi, debolezza generale, tendenza al vomito, inappetenza, peso di oppressione all'epigastrio, pallore della pelle; fenomeni che erano andati sempre infallibilmente progredendo fino al momento in cui venni chiamato. A tale epoca ecco la descrizione dell'inferma. I fatti dominanti erano un estremo pallore, tendente al giallo cereo con mucose quasi incolore, edema generale e della faccia e in modo veramente sorprendente ai genitali in cui l'edema aveva raggiunto per lo meno il volume di una testa fetale. Altro fatto gravissimo era un' inappetenza ed una gastralgia così fiera che non dava riposo nè giorno nè notte alla povera inferma. I polsi erano filiformi, irregolari, spesso mancanti alla radiale e solo bene avvertiti all'ascellare; la malata accusava un senso di vuoto alla testa, allucinazioni, tremiti, rumori agli orecchi, tanto l'udito che la vista erano notevolmente diminuiti. Esaminato il collo vedevansi distintissimi i bat-

titi. Al cuore soffio enorme al 1° tempo in tutti i focolai come pure alle carotidi. Nulla agli altri organi del torace, nulla alla milza. Portato l'esame sopra l'addome per accertarmi della gravidanza che l'inferma stessa non sapeva assicurarmi, ecco quanto potei constatare:

La forma dell'addome era rotondeggiante, il fondo dell'utero arrivava quasi all'ombelico, soffio uterino ben distinto, però non potei mai avvertire il battito fetale per quante volte fossi ritornato ad ascoltare su tutta la superficie addominale. In ogni modo tanto l'anamnesi, il decorso dei fenomeni morbosi ed il restante dell'esame obbiettivo confermavano la diagnosi di probabile gravidanza, benchè mancasse quel segno importantissimo e caratteristico che suole comparire sempre al finire del 5° mese. Perciò mi trovai a decidere fra queste ipotesi: 1° che si trattasse di un tumore extra e periuterino; 2° che vi fosse errore di data: 3° che il feto fosse poco sviluppato; 4° che fosse morto.

Tra queste ipotesi per il momento non mi curai di decidere, tanto più che la profonda anemia era il fatto principale che colpiva l'occhio dell'osservatore, e contro questa pensai, benchè poco fiducioso nei mezzi terapeutici, di portare il mio soccorso. La diagnosi da me formulata era di donna anemica probabilmente gravida; la prognosi se non assolutamente infausta, certo molto ma molto riservata, anzi con moltissima probabilità di esito letale. — Quel primo giorno ordinai un sedativo contro la gastralgia che dava alla malata inenarrabili sofferenze; poscia tornatomene a casa coll'incubo di quella anemica nel capo mi detti a pensare a qual metodo di cura possibilmente più utile si potesse ricorrere. Il ferro era il medicamento senza dubbio indicato, ma le condizioni dello stomaco davano a temere che per quella via non solo non sarebbe stato assorbito, ma anzi sarebbe stato causa a sua volta di nuove sofferenze. Pensando e ripensando mi ricordai di un'anemica a noi presentata alla Clinica Ostetrica dall'illustre Prof. Chiara, la quale entrò in quelle sale in tali condizioni da essere incapace di alzare un braccio, di suonare il campanello, di mangiare da per sè, tantochè erano le inservienti costrette ad imboccarla, e che nonostante queste gravissime condizioni morbose dopo 15 giorni potè rialzarsi, fare perfino qualche passo e tutto ciò in merito alle iniezioni di citrato di ferro (10 ctg. in 10 di acqua) che una volta al giorno le venivano praticate con aghi grossi, profondamente nei glutei.

Questo era il 2° caso osservato dal Professore e perciò raccomandava a noi tale terapia da lui creduta veramente utile. Anch'io allora mi applicai a tale metodo di cura, e per 3 giorni di seguito praticai le iniezioni. Al 4° giorno le condizioni dell'inferma erano già un po' migliorate, se non altro la gastralgia era notevolmente diminuita. Avuto questo primo risultato e non potendo tutti i giorni recarmi sul luogo, ed anche perchè lo stomaco erasi reso più adatto

all'assorbimento, cominciai a praticare una cura alternata facendole prendere un giorno 20-30 centigr. di lattato di ferro diviso in due prese e l'altro giorno praticando le iniezioni. Con tale cura alternata le cose progredirono meravigliosamente in meglio; dopo 15 giorni l'edema generale della faccia diminuì, come pure il soffio anemico benchè ancora molto rimarchevole, i polsi si fecero più forti, la faccia cominciò a tingersi leggermente in rosso. Però crebbe in modo veramente mostruoso l'edema ai genitali il quale dava alla paziente un fastidio non so se maggiore fisico che morale. Praticai delle piccole punture multiple, feci delle applicazioni fredde, detti un diuretico, e ciò servì a farlo scomparire quasi del tutto. Al 17° giorno della cura intrapresa la donna cominciò ad avvertire ora continui, ora ad intervalli dei dolori all'addome e più alla regione lombare; di più comparve dai genitali un po' di siero commisto a poco sangue. Si capiva di che si trattava. Ora doveva o no sospendere la cura del ferro? Temeva l'aborto colle sue talvolta fatali conseguenze, specialmente in quello stato di anemia, e dall'altra parte sospendendo il ferro ero sicuro di ricadere nello stato antecedente e perdere il frutto di tutte le mie fatiche e preferii la prima strada, seguitai la cura, preavvisai la famiglia di ciò che probabilmente sarebbe avvenuto ed aspettai. Al 20° giorno la donna abortì, il feto era già morto da parecchio; io non lo vidi, ma così mi fu assicurato dall'ostetrica e dalla famiglia; poche furono le perdite tanto che avendo seguito ogni cosa il suo corso normale in 10ª giornata di puerperio potè rialzarsi, ed ora si trova in perfetta convalescenza quantunque le condizioni economiche di quella famiglia abbiano ritardata assai la completa guarigione.

Ed ora due parole di conclusione e prima di tutto questo risultato che mi ha fatto passare alcuni momenti di soddisfazione; si deve alla cura del citrato di ferro per via ipodermica o ad altro?

A nessuno è dato scrutare profondamente nei penetrali più nascosti della natura, però i fatti antecedentemente osservati nelle sale della Maternità in Firenze mi danno il diritto di ritenerlo. L'anemia era profonda e contro l'anemia non ci voleva che il ferro, il quale sarebbe riuscito intollerabile per la via dello stomaco. È vero che tale metodo di cura altre volte è riuscito non solo inutile ma anche dannoso, producendo quasi immediatamente un'elevazione molto notevole di temperatura. Questo fatto ho visto accadere nelle sale della Clinica Medica in Firenze dove le iniezioni venivano praticate in un *uomo* (notate) ed ogni volta producevano febbri. Così pure ho sentito da altri il medesimo fatto verificarsi anche in donne. Io non potrei garantire assolutamente se siavi o no stato movimento febbrile, però in caso non è stato che leggerissimo tanto da non essere avvertito neppure dall'inferma.

Ed ora l'aborto è stato il prodotto della cura ovvero della malattia? Tanto l'una che l'altra si crede ne possono essere la causa, si perchè l'anemia dà luogo ad un disturbo nutritizio del prodotto del concepimento e la sua morte, quindi l'espulsione come pure il ferro pare che agendo come emmenagogo sia una delle cause più frequenti dell'aborto. Io non starò a discutere se si debba attribuire all'uno o all'altro fattore, mi basti solo il fare osservare e il ricordare che io visitai quella donna al 6° mese di gravidanza e per 6-7 volte l'esaminai accuratamente e a lungo senza mai potere avvertire il battito fetale. Dunque probabilmente, per non dire sicuramente, il feto era già morto in causa di quella profonda anemia.

DUE OPERAZIONI CESAREE PORRO

CON ESITO FELICE A BERGAMO

del Dott. ULIETTI CARLO

Ostetrico Primario nell'Ospedale di Bergamo

Pubblichiamo integralmente la lettera del Dott. Ulietti, ostetricante primario nello Spedale di Bergamo, con la quale annunzia le due operazioni da lui compiute; — del 2° caso particolarmente interessante, pubblicheremo la storia tosto ricevuta, e speriamo presto, giusta la promessa dell'egregio collega di Bergamo.

Chiarissimo Professore,

È un suo discepolo che colla massima soddisfazione, le invia, con preghiera di pubblicazione, od almeno d'un cenno negli *Annali d'Ostetricia* dalla S. V. diretto, la esposizione succinta d'un caso di taglio cesareo metodo Porro felicemente riescito per il feto e per la madre.

La sera del giorno 4 giugno p. p. venni dall'egregio Dott. Felice Lussana invitato per assistere la partoriente L. R. T., maritata, d'anni 27, primipara, di Bergamo. Al momento della mia visita le acque erano, dopo un travaglio di 50 ore, scolate da tre ore; la donna era presa da forti dolori di parto. Alla esplorazione potei confermare una viziatura di bacino di grado rilevante quale era stata stabilita dal distinto collega sullodato, misurando la coniugata diagonale mill. 60. La conformazione scheletrica della donna era quella d'una rachitica di grado avanzato, forte insellatura sacro-lombare e deviazioni notevoli negli arti inferiori, la nutrizione generale però era soddisfacente. Davanti ad una viziatura di simile genere e per di più con feto vivo non restava che ricorrere al taglio cesareo, per la più sollecita esecuzione del quale erano stati por-

tati con noi gli strumenti necessari. Predisposto tutto l'occorrente, disinfettati a dovere gli strumenti, favoriti da una temperatura naturale a 18 Réaumur, persuasa l'operanda della necessità dell'atto operativo, dimostratole di poca importanza, collocata l'inferma sopra un tavolo stretto munito di materasso nella sua stessa stanza, lavata bene la parte da operarsi, rasi i peli, siringata e cloroformizzata dall'egregio Prof. Calvetti soprachiamato, a mezzanotte venne incominciata la cloroformizzazione e l'operazione cesarea venne ultimata ad un'ora ed un quarto antim.; durata veramente lunga, ma dovuta in gran parte al fatto di ripetuti conati di vomito durante la somministrazione del cloroformio ed al fatto che la luce era spesse volte deperente perchè fornita da due candele unite insieme, tenute da una donna che a stento reggeva alla vista dell'operazione.

Il mezzo disinfettante impiegato fu l'acido fenico al 2 %.

Ometto ogni descrizione dell'atto operativo perchè nulla occorse di speciale, dico solo che mezzo costrittore venne impiegato un tubo elastico del diametro di mezzo centimetro previamente provato resistente ad una maggiore distensione. Questo mezzo di costrizione corrispose benissimo a frenare una emorragia imponente, essendo il taglio caduto sulla inserzione placentare. Nessun lavacro del peritoneo non essendo caduta nella sua cavità liquidi di sorta.

Il bambino di sesso femminile, bene sviluppato ed a termine vive anche oggidì.

L'ammalata subito dopo l'operazione era animata, con polsi buoni e non lamentavasi che di bruciore nel luogo della ferita; anche l'andamento consecutivo fu ottimo, mai febbre oltre i 38° nei primi 8 giorni, apiressia in seguito.

I punti di seta vennero levati tra il 6° e l'8° giorno, adesione completa, profonda, qualche punto di mancata adesione della cute.

L'ammalata accusò dolori sacro-lombari nella prima giornata, che cessarono con una injezione sottocutanea di morfina, ed in altra giornata sofferse di dolori intestinali che cessarono sotto l'azione di 13 grammi d'olio di ricino. La secrezione lattea fu copiosa.

Il tubo costrittore venne levato in quinta giornata perchè pareva stringere troppo, non fu sostituito perchè ritenuto inutile, ed il moncone cadde in 13ª giornata dall'operazione. L'operata cominciò ad alzarsi in 24ª giornata e la 32ª sortì di casa in buone condizioni.

Prima di chiudere compio il dovere di porgere i più sentiti ringraziamenti all'egregio Dott. Calvetti per la sua intelligente cooperazione, ed al Dott. Lussana per la fiducia mostratami, e massime perchè condusse quasi da solo la cura consecutiva in un modo esemplare.

Spero di mandarle presto la storia d'altro caso operato in campagna il giorno 8 andante mese con esito felice per il bambino, e la madre pure oggi in 12ª giornata non può stare meglio.

Prometto d'essere più sollecito nell' inviarle questa nuova storia di quello che sia stato nello spedirle la presente, massimamente che il caso è singolare per l'indicazione del taglio cesareo costituito da un voluminoso tumore occludente la vagina in modo quasi completo, indipendente dall'utero, duro, lapideo, sessile. Sarà un' osteoencondroma proveniente dalla branca ischio-pubica? lo studierò meglio; frattanto voglia conservarmi quella benevolenza di cui mi diede tante prove, e mi creda colla più distinta stima

Ospedale di Bergamo, 18 agosto 1885.

Suo dev.
ULIETTI Dott. CARLO
Ostetrico Primario

Scuola pareggiata di Ostetricia in Novara

PROSPETTO CLINICO

PER L'ANNO SCOLASTICO 1884-85

del Dott. PAOLO NEGRI

Professore e Direttore della Scuola

Sommario. — Parte Generale: a) *Rapporto fra primi-e plurigestanti* — b) *Sesso dei neonati* — c) *Sviluppo dei neonati* — d) *Presentazioni e posizioni* — e) *Modo di terminazione del parto* — f) *Puerperio.*

Parte Speciale: 1. *Applicazioni di forcipe* — 2. *Interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico.* — 3. *Embriotomia sul capo.* — 4. *Eclampsia* — 5. *Riduzione di arto procidente.* — 6. *Laparotomia per gravidanza extra-uterina.* — 7. *Taglio cesareo metodo Porro.* — 8. *Puerperi morbosi per forme infettive puerperali* — 9. *Puerperi morbosi per cause indipendenti da infezione puerperale.* — 10. *Della antisepsi ostetrica quale fu praticata nell'anno scolastico 1884-85.*

Negli otto mesi decorsi dal 12 novembre 1884 al 12 luglio 1885 furono osservati nella Clinica novarese n. 82 parti: questa cifra è alquanto inferiore a quella delle due annate precedenti (1882-83 parti n. 102, 1883-84 parti n. 106 ma credo inutile il ricercarne qui la causa, e voglio piuttosto ammettere essersi trattato di una di quelle oscillazioni che non infrequentemente avvengono nel numero delle ricoverate nelle Maternità.

Presentando un semplice *prospetto clinico*, seguendo in ciò la mia pratica ordinaria, divido in due parti que' fatti di ordine generale o speciale che credo

degni di un qualche ricordo; una si intitola in conseguenza *Parte generale*, l'altra *Parte speciale.*

I. Parte Generale.

a) Rapporto fra le primi e le plurigestanti.

Troviamo divise le gravide accolte in due parti perfettamente eguali, se studiate con questo speciale criterio: eccone la prova:

Primigravide		41	82
Plurigravide	IIa	18	41
	IIIa	8	
	IVa	6	
	Va	2	
	VIIa	4	
	VIIIa	2	
	Xa	1	

b) Sesso dei neonati.

Prevalsero quelli di sesso femminile e precisamente:

Maschi	37	82
Femmine	45	

c) Sviluppo dei nati.

Tengo conto del segno più interessante, cioè del peso:

Nati pesanti da gr. 1001 a 1500	N.	1	82
» » 1501 a 2000	»	3	
» » 2001 a 2500	»	12	
» » 2501 a 3000	»	29	
» » 3001 a 3500	»	27	
» oltre 3500	»	10	

d) Presentazioni e posizioni.

Vertice:	O I S A	44	77
	O I S T	1	
	O I D A	9	
	O I D P	20	
	O I D T	1	
	Non definite	2	
Faccia:	M I D P	1	2
	M I S A	1	
Ovoide podalico:			
	Natiche S I D A	2	
Non definita (gravidanza extrauterina)		1	

82

e) Modo di terminazione del parto.

1. Parti spontanei	N. 67	82
2. » artificiali	» 15	

Questi 15 parti artificiali domandarono modo vario d'intervento, come appare dal seguente specchietto:

1. Applicazione di forcipe nello scavo od allo stretto infer.	N. 8	15
2. Applicazione di forcipe allo stretto superiore	» 1	
3. Parto provocato per indicazione ostetrica	» 2	
4. Embriotomia sul capo	» 2	
5. Laparotomia per gravidanza extrauterina	» 1	
6. Taglio cesareo metodo Porro	» 1	

f) Puerperio.

1. Puerperi nei quali la temperatura non raggiunse mai il 38° centigrado	N. 60	82
2. Puerperi ne' quali si notò qualche oscillazione termica di breve durata fino a 38°,5	» 11	
3. Puerpere con forme infettive puerperali lievi o gravi seguite da guarigione	» 4	
4. Puerperi mortali per cause indipendenti da infezione puerperale (eclampsia)	» 1	
5. Puerperi morbosi per cause indipendenti dallo stato puerperale (febbre palustre, pneumonite acuta)	» 6	

Da questi prospettini varie deduzioni si possono fare, tra le altre le seguenti:

1° che sopra un certamente esiguo numero di parti si ebbero due casi interessantissimi, e di grande importanza e per la patologia e per la terapia, e cioè un caso di gravidanza extrauterina, ed un caso di taglio cesareo;

2° che la *mortalità* puerperale per cause infettive nella Clinica Novarese *è scomparsa*, e ciò in accordo con quello che si osservò dal 7 febbraio 1883, epoca della attuazione delle cautele antisettiche;

3° che la *morbosità* puerperale è ridotta ad un percento minimo.

II. — Parte speciale.

1. Applicazione di forcipe.

N. 14. — Primipara — parto a termine, rottura prematura delle membrane — V O I D P — insufficienza delle contrazioni uterine — forcipe francese classico sul vertice in O I D A nello scavo — femmina viva pesante gr. 2950 — puerperio regolare, esce il 31 dicembre in 11ª giornata — Fu operata nella completa anestesia cloroformica.

N. 17. — Primipara — parto a termine il 26 dicembre — insufficienza delle contrazioni — battito irregolare — perdita di meconio — cloronarcosi — forcipe Schroeder nello scavo sul vertice in O I S A. — Tolto il forcipe appena impegnato il diametro sottoccipito bregmatico nell' anello vulvo-vaginale. Maschio sano pesante gr. 3550 — nessuna lesione perineale — in puerperio accessi febbrili (malaria) e lieve endometrite — esce sana il 7 gennaio.

N. 19. — Primipara, di anni 24, contadina — Parto il 29 dicembre — Forcipe allo stretto inferiore a rotazione interna compiuta — anestesia cloroformica — tolto il forcipe come nella osservazione precedente — forchetta integra — femmina viva pesante gr. 2900 — Ricomparsa di esistente infezione malarica in puerperio — Esce il 10 gennaio.

N. 20. — Primipara di anni 25, contadina. Parto il 31 dicembre forcipe Simpson e Schroeder nello scavo sul vertice in O I S A per febbre materna e lunghezza del periodo espulsivo — cloronarcosi — si toglie il forcipe come alle osservazioni N. 17 e N. 19 — Perineo affatto integro: sulla parete vaginale destra lacerazione vaginale interessante la mucosa longitudinalmente per buona parte del

canale — Feto asfittico rianimato dopo 10 minuti — presenta paralisi del 7° sinistro che scompare 3 ore dopo — pesa gr. 2650 — in puerperio notasi una sola elevazione a 38°,5 — Esce sana il 17 gennaio.

N. 62. — Primipara di 19 anni, cuoca — Parto a termine il 18 maggio — Anestesia cloroformica — intervento per irregolarità del battito cardiaco — forcipe Schroeder sul vertice allo stretto inferiore — Maschio vivo pesante gr. 3670, non lesioni perineali — In puerperio una sola elevazione a 38°,5 — Esce sana il 30 maggio.

N. 63. — Primipara, di anni 29, contadina — Parto il 20 maggio — Forcipe Denman allo stretto inferiore per insufficienza delle contrazioni uterine (non cloronarcosi) — all' uscita del capo lacerazione perineale di 1° grado ad onta di episiotomia bilaterale. In puerperio essudazioni micotiche sulle lesioni vulvari — Esce sana il 6 giugno.

N. 65. — Primipara, di anni 26, contadina — Parto il 27 maggio — forcipe *inglese traente nell' asse* (Simpson-Inverardi) per lunghezza del periodo espulsivo e minaccia fetale — Cloronarcosi — Lacerazione perineale di primo grado — maschio vivo (grammi 2970) — Puerperio normale — esce sana il 5 giugno.

N. 77. — Primipara, di anni 37, contadina — Forcipe inglese traente nell'asse (Simpson-Inverardi) sul vertice allo stretto superiore in O I D P — parecchie tirate non riescono ad abbassare la testa (il promontorio non si raggiunge con il dito, neppure durante cloronarcosi). — Con il forcipe francese classico si porta con qualche difficoltà il vertice allo stretto inferiore — Il feto pesante gr. 3370 è profondamente asfittico, si rianima, ma muore dopo poche ore per emorragia sottomeningea e frattura del parietale destro (femmina pesante gr. 3370) — In puerperio si notarono solo due elevazioni termiche a 38,2, 38,4 in 3ª e 4ª giornata — Esce sana l'11 luglio.

2. Interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico.

N. 3. — Primipara rachitica — Pelvi — circonferenza ctm. 80, distanza fra le creste 23,5 — id. fra spine iliache ant.-sup. 22 — fra i trocanteri ctm. 30 — C. D. mill. 86 — C. V. mill. 76 — Si provoca il parto nell' ultima settimana dell'8° mese — doccia alla Kiwisch — Tubo Tarnier, rottura accidentale delle

membrane — parto spontaneo di un maschio vivo pesante gr. 2070 — espulso per il vertice. Puerperio affatto apiretico — esce sana l'8 dicembre.

N. 54. — Gravida IIpara — primo parto terminato con la embriotomia per lievissimo vizio pelvico ed eccessivo sviluppo del feto — Il parto sarebbe stato segnato in base all'ultima epoca mestruale per il 1° maggio 1885. All'esame si riscontra una pelvi universalmente e lievemente ristretta con feto considerevolmente sviluppato — per tali fatti si decide di anticipare il parto di 15 giorni.

9 aprile doccia alla Kiwisch con soluzione acquosa 1/4000 di sublimato (litri 16 a gradi 40° del centigr. — elevazione dell'irrigatore a 2 metri) alle 3 e mezza pom. si ripete; — 10 aprile mattina 3ª doccia nelle stesse condizioni — 4 pom. 4ª doccia; — 11 aprile: si nota edema ai genitali e quadro completo della cistite del collo — all'esame vaginale porzione sottovaginale quasi scomparsa: orificio esterno chiuso — parte presentata vertice sullo stretto superiore, apiressia — Si sospende la irrigazione vaginale e contro la cistite clistere laudanato; — 12 aprile: mattina T. 365 — ancora disturbi vescicali — il tenesmo vescicale è però in diminuzione — ore 2 1/2 pom. T. 37.8 — donna inquieta — non tollerato l'esame vaginale digitale: è mestieri ricorrere al cloroformio — si può persuadersi che al luogo della bocca uterina si trovano molte eminenze dure dovute a cicatrici, conseguenza del 1° parto — pare in un punto di sentire un'apertura che dovrebbe condurre nel cavo uterino ma non si riesce a passarvi attraverso nè con sonda elastica, nè con sonda uterina. Permettendolo lo stato della donna si decide di aspettare l'azione delle contrazioni uterine; — 13 aprile: nella notte le contrazioni si risvegliarono e determinarono l'apertura della bocca uterina; procedette questa in modo regolare; alle 2,20 pom. essendo il vertice alla parte alta delle scavo in O I D A, marcatamente flesso, e la dilatazione completa della bocca uterina, in causa della somma inquietudine della donna si termina il parto con il forcipe inglese traente nell'asse (Simpson-Inverardi); ottenuta prima completa cloroformizzazione. Assai facilmente si estrae un maschio sano pesante 3380 grammi e lungo ctm. 52. Puerperio affatto fisiologico.

La donna esce con il bambino il 23 agosto 1885.

3. Embriotomia sul capo.

N. 11. — Primipara — di anni 20, contadina — feto morto e macerato in presentazione di faccia M I S A — espulsione del feto resa lunga in modo soverchio dalla resistenza dei genitali esterni, specie dalla vulva molto ristretta

ed *orientata molto all'innanzi.* Apertura della sutura frontale con la forbice ordinaria: estrazione del capo con il dito, introdotto per la apertura craniotomica, piegato ad uncino. Puerperio morboso per leggera endometrite. — Esce sana il 25 dicembre.

N. 34. — Primipara. Pelvi viziata (piatto rachitico) C D 90-95, C V 80-85. Rottura prematura della membrana — presentazione di faccia M I D P permanente.

Dopo 45 ore non essendosi ancor ottenuta la completa dilatazione della bocca uterina, e la faccia mantenendosi allo stretto superiore con il mento alla sinfisi sacro-iliaca destra, domandandolo lo stato generale della donna si decide l'intervento. — Cloronarcosi — sbrigliamento multiplo della bocca uterina — inutili i tentativi di rotazione artificiale con la mano e con il forcipe Schroeder; craniotomia Blot e cranioclaste Braun — femmina pesante gr. 2476 senza cervello — puerperio apiretico. — Esce sana il 1° marzo.

4°. Eclampsia.

N. 31. — Primipara — fortemente albuminurica ed assai infiltrata ai genitali esterni ed agli arti inferiori — fu portata in Clinica nello stato di coma; prima dell'ingresso 12 accessi; non essendo in travaglio, poco dopo l'acettazione (10 1/2 pom.) *introduzione di grossa siringa elastica nel cavo uterino,* ed amministrazione di gr. 6 di cloralio. Nella notte le contrazioni comparvero. — Alle 2 ant. ripresero gli accessi e se ne notarono altri 5 fino alle 5 ant. L'ultimo accesso alle 8 3/4 ant. del giorno 12. — Alle 10 3/4 si termina il parto la donna essendo sempre nel coma profondo, la dilatazione della bocca uterina a 4 ctm. ed il feto vivo in presentazione di natiche S I D A impegnate nello scavo. — *Isterostomatotomia con le forbici — forcipe Naegele sulle natiche;* avendo il forcipe tendenza a scivolare si pratica contemporaneamente alle tirate la *spremitura uterina* — in breve l'ovoide podalico è al perineo. — Maschio asfittico rianimato subito, pesante gr. 2500, senza lesione alcuna, immediatamente portato fuori della Clinica dal marito: visse 5 giorni.

La puerpera perdura nel coma per quattro giorni; in 5ª giornata rientra in coscienza: in 6ª si constata un versamento pleurico a destra ed in 7ª con segni di profondo collasso muore.

L'esame cadaverico che potea riuscir interessante per molte ragioni fu impedito da un errore incorso nell'ora indicata per il trasporto al cimitero.

5.° Riduzione di arto procidente.

N. 61. — Terzipara in travaglio a termine — rottura prematura delle membrane — si constata mano destra associata al vertice in O. I. D. P. — con il progredire del travaglio si nota: vertice allo stretto superiore, avambraccio destro completamente in vagina: cloronarcosi — riduzione dell'arto — parto spontaneo — feto vivo — puerperio normale.

6.° Laparotomia per gravidanza extrauterina.

Questo interessante caso fu pubblicato distesamente negli *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria*, marzo-aprile, 1885, pag. 128, sotto il titolo: *Laparotomia per gravidanza extrauterina — osservazioni e considerazioni.* Aggiungerò qui a modo di complemento che nel momento in cui scrivo (settembre 1885) lo stato della donna continua ad esser buono, e che quel corpicciuolo che si palpava nell'addome qualche tempo dopo l'atto operativo, è quasi scomparso.

7.° Taglio cesareo alla Porro.

N. 61 del 1885. — Primigravida — rachitica — Pelvi: C. V. 35-40 mill. — microcorda destra mill. 20, microcorda sinistra mill. 30-35 — albuminuria lieve in gravidanza.

Parto prematuro (principio del 9° mese) — atto operativo eseguito il 10 luglio ad appena iniziato travaglio — antisepsi allo zinco-solfo-fenato — cloronarcosi — incisione dell'utero in sito — feto maschio estratto vivente — amputazione utero-ovarico senza eseguire il secondamento — stringimento del cono uterino con cordone elastico, e cordoncino di seta — trattamento extraperitoneale.

Puerperio quasi costantemente apiretico — madre guarita — bambino agli esposti in buona salute. Esce sana il 18 agosto 1885 in ottimo stato di salute (1).

8.° Puerperi morbosi per forme infettive puerperali.

Di questo gruppetto risultante da quattro puerpere poco mi resta qui a dire, poichè l'unico caso interessante fu già da me stesso pubblicato in altra occasione.

---

(1) La osservazione sarà tema di speciale pubblicazione.

Infatti le puerpere N. 11 e N. 17 furono ammalate per due leggere forme di *endometrite* curate e con pronto e favorevole esito, mediante le irrigazioni endouterine di soluzione acquosa di sublimato all' 1/2000. La 3ª puerpera del gruppo è il N. 63 del 1885: si osservò in questa che una piccola lacerazione perineale, e le due incisioni risultanti dalla praticata episiotomia si copersero in breve tempo di essudati bianco-grigiastri: offerse in una parola il quadro della impropriamente detta *difterite vulvo-vaginale*, accompagnata come di consueto da notabile elevazione termica — la cura puramente topica valse anche in questo caso a ridonare la salute alla puerpera (irrigazioni vaginali frequenti al deutocloruro — pennellature sulle parti malate con acido fenico puro, e con tintura di jodio).

L' unico caso interessante fu quello osservato nella donna N. 25. Si veda: contributo allo studio del puerperio morboso: III. *Flebite infettiva — forme secondarie polmonari — guarigione. — Annali di Ost., ecc.*, marzo-aprile, 1885, pag. 119 e seguenti.

9.° Puerperi morbosi per cause indipendenti da infezione puerperale.

Questo secondo gruppo comprende sei donne.

Nel N. 26 si ebbe un esempio classico di *pneumonite acuta.* Si veda: contributo allo studio del puerperio morboso: II. *Pneumonite acuta in puerpera con infezione cronica palustre. — Annali di Ostetricia*, 1885, pag. 117 e seg. Le altre cinque riguardano tutte la infezione palustre.

Nel N. 5 si notò febbre palustre durante il soggiorno della donna nella Clinica quale gravida, e ricomparsa di detta febbre nel 1° giorno di puerperio; negli altri giorni costante apiressia.

Nel N. 36 nel marzo ed aprile durante la gestazione e sotto la nostra osservazione nella Clinica, ebbe ripetuti accessi a freddo, tali accessi ricomparvero in puerperio.

Nel N. 55 la diagnosi fu più difficile: trattavasi di una primipara lavandaja di anni 29: all' esame potea stabilirsi ingrandita, dura, sconfinante la milza: la donna però non avea mai avvertito febbre preceduta o meno da brivido per tutta la vita trascorsa.

Il 18 aprile parto a termine di una femmina viva pesante gr. 2860. Andamento del puerperio:

1°	m.	37,2	
	s.	37,8	Alle 7 pom. *prolungato brivido.*

2°	m.	39,8	Nulla si riscontra di abnorme al più attento esame dell'intero corpo — la donna ha molta cefalea.
	s.	40,2	
	7 pom.	38,9	
3°	m.	36,7	Mammelle, lochi, utero, genitali esterni come di norma — la donna non avvertì brivido.
	s.	39,2	
	n.	39,8	
4°	m.	36,8	Si amministra solfato di chinina gr. 1 1/2 alle ore 12 m., ma la donna *è colpita da febbre alle 6 pom.*
	s.	37,5	
	n.	40	
5°	m.	37,6	Benessere — all'apparato genitale nulla come dal 1° giorno
	s.	37,7	
	n.	37,2	
6°	m.	36,5	Sempre bene in tutto.
	s.	37,4	
	n.	37,3	
7°	m.	37,1	
	s.	37,5	
	n.	—	
8°	m.	40,7	Alle 3 ant. la puerpera fu assalita *da brivido assai prolungato.*
	s.	40,4	
	n.	39,2	
9°	m.	37,7	Alle 5 ant. solfato chinino gr. 1 1/2.
	s.	40,4	
	n.	36,7	

10° ed 11° giorno apiressia completa.

12° si alzò — bene in tutto; alle 7 pom. *brivido.*

	n.	40	
13°	m.	38,9	
	s.	38,4	
14°	m.	40,3	Nelle ore prime antimeridiane nuovo *accesso.*
	s.	39,1	
	n.	37,5	Da questo momento apiressia costante.

La comparsa irregolare, e la irregolare durata degli accessi poteva fuorviare la mente dell'osservatore: la mancanza di qualsiasi segno di processo puerperale settico, la cronica infezione palustre, la scomparsa degli accessi sotto l'uso dei

sali di chinina, la guarigione ottenuta, ci persuasero della esattezza della nostra diagnosi.

Il N. 58 riguarda pure la ricomparsa di accessi preceduti da brivido in puerpera con milza enormemente ingrandita e nella quale la febbre si potea considerare abituale anche fuori dello stato gravidico.

Per essere completo mi è doveroso il ricordare la puerpera N. 13, che io inscrivo a questa stessa categoria in modo affatto dubitativo. Eccone la osservazione.

N. 13, di anni 19, servente — primipara — parto il 19 dicembre — 4,50 antimeridiane — feto vivo, sano — nato per il vertice — gr. 2800 — puerperio:

1°	m.	37,7	80	24	
	s.	37,6	84	24	
2°	m.	36,8	74	20	Alle 9 ant. al momento della visita colpisce un marcatissimo cardiopalmo: le pulsazioni radiali frequenti piccole, si numerano a 150 e più al minuto primo. Attribuendolo a fenomeno di origine nervosa si amministra una pozione di Bromuro di sodio e Potassio. Alle 4 pom. lo stato è migliorato però il polso ancora frequente (110).
	s.	37,3	110	24	
3°	m.	37,2	80	20	Alle 1 pom. accusa senso di calore e sudore — nulla di notevole all'apparato genitale.
	s.	38,6	90	24	
	n.	37,9			
4°	m.	37,9	80		Ventre ed utero, lochi, genitali senza cosa speciale.
	s.	38,4	94		
	n.	37,5			
5°	m.	37,5	84		Alle 9 ant. nuovo accesso di *cardiopalmo*, in tutto eguale a quello segnato al 2° giorno, e per il quale si ripete la pozione di Bromuro Potassio e Sodio.
	s.	37,9	100		
6°	m.	37,4	100		
	s.	37,2	96		Nessun disturbo.
7°	m.	37,2			Assolutamente bene.
	s.	37,2			
8°	m.	37,2			Piccolo *accesso di cardiopalmo* durata soltanto mezz'ora.
	s.	37,2			

Si alza in 9ª giornata ed abbandona la Clinica il 31 dicembre 1884.

Il ripetersi di tali accessi in modo periodico, la ricomparsa ad ora costantemente fissa, la nessuna causa che ne potei rinvenire, mi fecero pensare ad una forma larvata di malaria: lascio al giudizio dei colleghi, ed alla loro osservazione ed esperienza il dire se sia falsa o vera questa mia semplice supposizione.

10.° Della antisepsi ostetrica quale fu praticata nell'anno scolastico 1884-85.

L'agente per la disinfezione fu quasi sempre il deutocloruro di mercurio in soluzione acquosa 1/000 per lavacro degli oggetti, delle mani, e per irrigazioni vaginali, all' 1 per 2000 per irrigazioni endouterine: ho scritto *quasi sempre,* perchè in qualche caso in cui il deutocloruro di mercurio mi sembrava controindicato (anemia profonda, albuminuria) impiegai le soluzioni acquose dal 2 al 5 % di acido fenico, o quelle pure dal 2 al 5 % di zinco-solfo-fenato: in tal modo ebbi la soddisfazione di non essermi mai trovato di fronte a quadri completi od incompleti di avvelenamento determinato dall'agente chimico chiamato invece a salvare la puerpera. Un solo caso a vero dire mi lasciò in dubbio, e cioè se la cistite insorta nella gravida in cui si provocava il parto (si veda: parto ad arte provocato N. 54) fosse da attribuirsi alla soluzione di deutocloruro di mercurio: io sarei molto in dubbio nell' accettare quella eziologia, tanto più che per quelle doccie vaginali io impiegavo soluzioni all' 1 per 4000. Ad ogni modo volli citare il caso perchè di altro simile trovo un cenno nel fascicolo di giugno 1885 degli *Archives de Tocologie* in una comunicazione fatta alla Società Ostetrica di New-York (pag. 585) (1).

Ecco come fu attuata durante tutto l'anno scolastico la antisepsi: accurata disinfezione delle mani e degli oggetti destinati a venir in contatto con la puerpera mediante la soluzione al millesimo. Durante il periodo dilatante qualche irrigazione vaginale con detta soluzione: metodicamente dopo la esplorazione; durante il periodo espulsivo una irrigazione ad ogni mezz' ora circa: non più usato il polverizzatore a vapore, non la irrigazione continua capillare: dopo il secondamento lunga irrigazione vaginale calda: se si notava tendenza ad inerzia uterina, o se la donna era stata oggetto di atto operativo un po' serio, lunga irrigazione endouterina con detta soluzione all' 1 per 2000.

---

(1) Si veda, in aggiunta ai molti altri casi di avvelenamento quello di recente pubblicato: Keller. *Ein Fall von tödlicher Sublimatintoxikation*, nel *Centralblatt für Gynaekologie,* N. 32, 1885.

Durante il puerperio in linea generale astensione assoluta da qualsiasi irrigazione vaginale: se insorgeva qualche fatto speciale quali l'elevazione termica, o modificazioni nei lochi in allora si praticavano due o tre, ed in qualche caso fino a 6 irrigazioni vaginali al giorno, con soluzione calda (32-34 del centigrado) al millesimo.

Non potendo disporre di un apparecchio per la disinfezione della biancheria, e temendo d'altra parte che questa potesse essere il veicolo di germi, nei primi sei giorni facevo costantemente tenere sui genitali esterni un discreto strato di cotone fenicato: ma soggiungo subito che si potrebbero con egualmente felici risultati adoperare i consueti panni, se questi potessero nella clinica esser sottoposti all'azione del calore, o di qualche potente agente antisettico.

Settembre, 1885.

UN ERRORE DIAGNOSTICO E SUE CONSEGUENZE

del Prof. D. CHIARA

Direttore del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze

(Comunicazione fatta nella seduta del 16 settembre)

Sommario. — *Cistoma colloideo dell'ovaio destro associato a gravidanza che viene sospettata e poi esclusa dall'esame diagnostico — Torsione del peduncolo del cistoma e fenomeni di peritonite — Puntura esploratice dell' utero gravido scambiato con una loggia cistica — Evacuazione del liquido amniotico — Continuazione della gravidanza e riproduzione del liquido — Ovariotomia — Ferita dell'utero — Sutura di questo — Aborto di un feto vivo 24 ore dopo la operazione — Guarigione.*

Venne scritto che in nessun caso il medico commette tanto spesso errori diagnostici quanto nella diagnosi della gravidanza. — A 4 specie possono ridursi codesti errori, e cioè « Si ammette la gravidanza che non esiste. — Si nega la « gravidanza quando esiste. — Si confonde la gravidanza con uno stato patolo- « gico. — Si confonde uno stato patologico con la gravidanza. » — Gli è della 3ª specie di errore che io intendo narrare un caso molto istruttivo sì come errore, che come causa della constatazione di un fatto che credo non sia stato ancora osservato.

Rosa Romoli, attendente a casa, 34 anni, maritata e secondipara, viene accolta nella Clinica Ginecologica di Firenze il 15 giugno 1885, perchè affetta da un grosso tumore addominale che si suppone di pertinenza dell'apparato genitale.

Pubere a 14 anni, vide le mestruazioni successive alquanto abbondanti fino ai 17 anni, poi si fecero più scarse; successione sempre regolare de' periodi. A 25 anni ebbe un parto fisiologico seguito da puerperio regolare. Nel marzo 1885 si accorge di una intumescenza del volume di una testa fetale che occupa il quadrante inferiore addominale destro. Fu la sensazione dello spostamento, nel ventre, di un globo alquanto resistente nell' atto di voltarsi sul fianco, essendo essa in letto, che le fece portare la mano sulla fossa iliaca destra e avvertire il tumore. Chiamato, il medico prescrisse alcune mignatte, qualche emolliente e bagni caldi. A malgrado di questa cura il tumore cresce lentamente fino verso

la metà di maggio, quando la donna è presa bruscamente da fortissimo dolore alla regione del tumore con seguito di febbre, vomito, meteorismo, sensibilità generale al ventre, stipsi, ecc.; insomma tutto il quadro fenomenico della peritonite sottombelicale: in 15 giorni la malattia cede, ma la intumescenza si trova cresciuta di molto. Impaurita da questo fatto chiede e ottiene ricovero nella Clinica, dove, come dissi, viene accolta il 15 giugno.

Intanto la mestruazione che doveva comparire verso la fine di marzo manca e l'amenorrea persiste ne' mesi di aprile e maggio; niun altro fenomeno avverte la donna che possa dare fondamento alla supposizione di gravidanza; v'ha di più (si noti questo); nella prima settimana di giugno perde a due riprese, e con due giorni d'intervallo, una non piccola quantità di sangue dalla vagina che dura ciascuna volta 36 ore (1 giorno e mezzo); la perdita non è preceduta, accompagnata, nè seguita da dolori, per cui la donna va convinta che sia tornata la mestruazione, la quale durava ordinariamente 4 giorni.

Esame il 19 giugno. — Alla ispezione il ventre appare molto tumido, di forma irregolarmente ovoidea col massimo diametro diretto da sinistra a destra: il tumore è come incurvato verso la linea mediana dove presenta una specie d'insenatura quasi ad accogliere un'altra intumescenza del volume di una grossa arancia, ovoideo anche questo, che occupa la fossa iliaca sinistra: per altro tra i due tumori è un avvallamento alquanto obliquo che dal pube si porta verso destra: in questo punto non esiste fluttuazione; questa invece si mostra molto evidente nel piccolo tumore di sinistra, e sensibile pure, ma molto meno, nel grosso tumore di destra: il fondo di questo si eleva fino a due dita trasverse sotto l'arco costale omonimo; il fondo del tumore di sinistra sporge di circa 4 dita sul pube.

L'ascoltazione è negativa; la percussione rileva suono timpanitico a' fianchi, e in alto sopra il fondo de' due tumori.

La misurazione dà le cifre seguenti:

Distanza xifo-pubica	36 ctm.
Pube ombellicale	19 »
Circonferenza ombellicale	89 »
Sottombellicale	88 »
Semicirconf. longitudinale del grosso tumore	29 »
Trasversale	27 »
Diametro longitudinale	22 »
» trasversale	20 »

Nulla di speciale si nota ne' genitali esterni; la vagina poco espansa, non veluttata, è notevolmente lunga; il collo uterino stentatamente accessibile al dito

si sente piccolo, duro, stirato in alto; l'orifizio esterno è chiuso; non si può apprezzare che molto difficilmente il fornice vaginale: non viene fatto l'esame con lo speculum, nè con la sonda. Si nota sulla parete destra del grosso tumore cospicuo sviluppo di vene; un po' di colorazione bruna sulla linea medio-addominale; le mammelle sembrano un po' inturgidite, ma la donna ci assicura che non sono modificate; nulla di speciale nell'areola, e ne' tubercoli di Montgommery. Pertanto si esclude che la donna possa esser gravida e si accoglie la diagnosi di probabile cistoma ovarico pauciloculare; una delle loggie sarebbe il piccolo tumore tanto fluttuante ch'è nel quadrante inferiore sinistro, e che col suo fondo arriva più alto assai di quanto non dovrebbe una gravidanza di quattro mesi. A dare per altro un grado di maggiore attendibilità alla diagnosi viene decisa una puntura esploratrice alla quale terrebbe dietro la laparotomia più o meno presto secondo i casi.

Una prima puntura sulla linea mediana non *sorte alcun effetto;* si ha la sensazione come se la piccola cannula fosse impiantata in una massa solida di tessuto però alquanto morbido. In conseguenza si punge il tumore di sinistra e si ottengono 400 grammi di un liquido giallognolo, sciolto, che non coagula, poverissimo di albumina, e della densità di 1004. Il 23 giugno si punge il tumore di destra a livello della linea ombelicale trasversa, e si ottiene un liquido colloideo di color rosso ciliegia; dopo estrattone 300 grammi si estrae la cannula. La diagnosi di cistoma colloideo a destra veniva così assodata; persisteva la incertezza sulla natura del tumore di sinistra; di più si dubita che i fenomeni di peritonite e l'aumento rapido del tumore notato dalla donna nel mese di maggio fossero dovuti alla torsione del peduncolo e a emorragia endocistica; si decide di operare nella 1ª decade di luglio, salva la insorgenza di una indicazione urgente.

Questa non presentatasi, chè le 3 punture furono benissimo supportate, il 6 luglio, alle 3 pom., procedo alla laparotomia. In questo frattempo (si noti anche ciò) il piccolo tumore di sinistra si è riformato ed ha ripreso approssimativamente le dimensioni che aveva nel momento della puntura: in 19 giorni adunque il liquido estratto s'era intieramente riprodotto.

E qui ricordando il come e il perchè s'era esclusa la gravidanza non mi si vorrà far carico se, prima di operare, non ripetei un esame ostetrico che indubbiamente, in codesto momento, avrebbe chiarito l'errore e fatto evitare quello che avvenne. I preparativi e la laparotomia furono come per tutte le altre precedenti. Aperto il peritoneo con una incisione di non più che 9 ctm., mi si presentò un'ansa intestinale attraversante obliquamente il campo da sinistra in basso a destra e in alto; essa è iperemica e il suo peritoneo è alquanto torbido qua e là; il peritoneo parietale invece, più che torbido, è ispessito. L'ansa inte-

stinale aderisce lassamente alla regione inferiore del tumore di destra, e si adagia in avanti contro alla parte alta e posteriore del tumore di sinistra del quale si vede circa il terzo superiore. Questa parte appare di un color bianco-giallognolo e vi è spiccatissima la fluttuazione: l'ansa intestinale descritta ci vieta di giudicare se questa intumescenza è continua, o soltanto contigua col tumore di destra. Convinto ad ogni modo che fosse un cistoma, doveva naturalmente pungere e vuotare prima questo perchè si potesse rendere poi accessibile in più estesa superficie il grosso tumore al quale aderiva l'intestino. Spinto per altro da un vago presentimento presi, per fare la puntura, un trequarti piccolo e con esso ebbi 300 grammi circa di un liquido sciolto, torbidiccio e meno giallognolo di quello estratto con la puntura esploratrice; uscito il liquido sentii che la punta dello strumento fregava (dolcemente però) contro un corpo solido e irregolare; questa sensazione fu un guizzo di luce . . . . . pensai tosto, e prima che ad altro, alla gravidanza; quindi estratto il trocarre, e presa la regione punta del tumore tra le branche di una pinzetta Nelaton (sdentata) feci un dolce stiramento in alto, esplorai tutto in giro il tumore, poi spinto il dito in vagina e trovato beante il condotto cervico-uterino forzai questo e riuscii a penetrare nel cavo uterino e sentirvi la testina di un feto di circa 4 mesi compiuti. Adunque s'era svuotato con la 1ª puntura il sacco amniotico; il liquido amniotico si era riprodotto, e la gravidanza aveva continuato il suo corso; e durante la operazione io aveva perforato per una seconda volta, ma con una cannula più voluminosa l'utero e il sacco amniotico e svuotato questo — *Quid agendum?* —

Lasciato l'utero tra le branche della pinzetta inclinata verso sinistra, procedetti all'attacco del tumore di destra; in alto e verso l'esterno della fossa iliaca trovai aderenze parietali estese, alquanto vascolari, ma piuttosto cedevoli, prodotte, indubitatamente dalla peritonite sofferta in maggio. Liberato il cistoma dalle aderenze peritoneali e da quelle che aveva con l'ansa intestinale obliquamente trasversale, ne feci la puntura e poi un'ampia spaccatura che diede esito a un liquame denso e color caffè nella quantità di circa 3 litri; la cisti si riduce poco e con la mano introdottavi debbo distaccare una grande quantità di fibrina stratificata e mollemente adesa alla parete della cisti la quale all'esterno ha un colore livido-verdognolo.

Portata fuori la cisti resa flacidissima, si scorge che il suo peduncolo grosso quanto il mignolo aveva subito una torsione a spirale composta di 3 giri: si comprende cotesto peduncolo in un laccio di seta di Firenze, e quando si escide veggo i suoi vasi completamente trombizzati — adunque la cisti non riceveva più goccia di liquido nutritizio! — Il peduncolo viene affondato dopo cauterizzatane la superficie del taglio, indi ritorno all'utero; l'apertura fatta dal punteruolo viene cucita con 3 punti di seta, affrontando peritoneo con peritoneo poi la sua superficie, insieme col peritoneo circostante, con tutta diligenza lavata.

Chiusura completa della ferita addominale con 8 punti di seta di Firenze; polvere di jodoformio, e sopravi l'apparecchio listeriano mantenuto dalla solita materassina di piombo. L'operazione durava 45 minuti.

Andamento consecutivo. — Alle 5,20 ant. del dì seguente (7 luglio) avviene l'aborto in modo regolarissimo; il feto lungo 28 ctm. pesa 540 grm., e vive fuori dell'utero 40 minuti: la placenta normale pesa 180 grm., le membrane mostrano nella parte che corrispondeva al fondo dell'utero un foro rotondo, quello fatto dal trequarti.

Lo stato della donna è ottimo; P. 72, R. 20, T. 37. Si fa una lunga lavatura uterina, soluzione mercuriale (1/000). Da questo momento fino all'8° giorno nulla di particolare.

La sera dell'8° giorno il termometro segna per la 1ª volta 38,3; si levano i punti e si constata a destra della ferita e in basso una lieve tumefazione alquanto dolente a una forte pressione. Da questo momento fino al 18° giorno la temperatura oscilla tra un minimo di 37,5 e un massimo di 38,9, e la intumescenza va crescendo e facendosi sempre più manifestamente fluttuante; si fa una puntura aspiratrice ritirando 350 grm. di un liquido puriforme e indi si lava la saccoccia con soluzione mercuriale.

La febbre cede per 3 giorni e poi ricompare con un massimo di 39; la raccolta si riforma e la mattina del dì 21 luglio, cioè il 15° giorno dall'operazione, qualche ora prima di quella fissata per la spaccatura col bistoury, l'ascesso si apre spontaneamente verso la metà della ferita addominale: si mette un tubo a drain di gomma e si fanno lavature disinfettanti mercuriali mattina e sera. L'indomani la temperatura torna alla normale e vi si mantiene; la saccoccia si raggrinza rapidamente, il 28 luglio il tubo a drain è fatto inutile; il 1° di agosto si alza, e il 9 dello stesso mese, cioè 34 giorni dopo la operazione, la donna piglia congedo perfettamente guarita.

Ognuno di voi intravede quali e quanti commenti potrebbero farsi a codesta osservazione: desideroso di lasciare sotto questo rispetto la massima libertà a' miei egregi uditori, mi contenterò di mettere un'altra volta in tutta evidenza il fatto che parmi, se non nuovo, per la prima volta constatato e osservato, della continuazione della gravidanza e della riproduzione del liquido amniotico dopo lo svuotamento del sacco fatto in regione lontana dal collo uterino e con una cannula del diametro di 3 mill. Non potrebbe questo fatto dovuto a un errore diagnostico avere qualche applicazione pratica, per es. nella cura del polidramnios? — Mi sia concesso di sperarlo.

NOTA CLINICA

DI UN

FIBRO-MIOMA DELLA PARETE ANTERIORE UTERINA

RIDOTTO

COLLA ELETTRICITÀ A CORRENTE CONTINUA

pel Dott. PICCININI

Egregi Colleghi ed Ill.mi Professori

In adempimento del dovere che, moralmente, ciascuno di noi si è addossato, di studiare cioè tutti i fatti clinici speciali che meritano menzione, stimo sottoporre al vostro giudizio uno dei vari casi clinici relativi alle neoformazioni uterine che ebbi occasione di osservare, e sul quale piacemi fermare la vostra attenzione, affinchè il vostro illuminato giudizio mi raffermi nella mia idea, o quella mi suggerisca che il vostro senno fosse per reputare migliore.

Eccovi in breve la nota del fatto clinico.

N. N. di anni 34, nativa di S. Damiano d'Asti, domiciliata a Lodi, maritata, nullipara, di statura media, peso kg. 46, costituzione gracile, di temperamento linfatico, viso rubicondo.

Nulla dalla sua storia fa ritenere essere ereditaria la sua affezione. Nell' infanzia soffrì tra le comuni malattie, solo gli orecchioni, e qualche leggera febbricciatola per disturbo dietetico.

Cominciò a 10 anni la sua età sessuale; la quale, benchè precoce, non è da ritenersi eccezionale. Essendo abbondante forse più dell'usato il suo flusso catameniale essa ritenevasi di temperamento sanguigno.

L'età genitale fu a 17 anni. È da aversi presente, che 4 giorni prima delle nozze cadde, riportando intense contusioni al ventre, al gomito, alla faccia, e che quantunque nell' epoca del periodo catameniale, questo non si presentò se

non al 2° giorno di matrimonio e dopo qualche giorno fu obbligata a letto per curarsi degli effetti del traumatismo, del viaggio e dello avvicinamento.

Guarita che fu non accusò altri mali sino all' età di 23 anni, quando ammalò di artritide. Da quell' epoca fino al giorno della mia prima visita la Signora godè sempre buona salute, solo verso l'età di 28 anni avvertì l' aumento di volume del ventre, e la comparsa di qualche grumo nel flusso catameniale, senza che questo le arrecasse alcun sintomo molesto.

Mi consultò nell'83 ma non si volle sottoporre alle esplorazioni necessarie, fu solo nell'84 che potei visitarla per bene e fare un accurato esame; dal quale risultò il seguente quadro fenomenico.

Altezza metri 1,35 peso kg. 46, costituzione relativamente gracile, ma abbastanza nutrita; nessuno incomodo; solamente dopo pranzo è obbligata a slacciarsi le vesti per meglio respirare. Funzioni rettali e renali buone, appetito buonissimo, morale indifferente.

Stato locale. — Ventre voluminoso, figura globosa prominente nel quadrante inferiore destro, colorito della pelle normale, la cicatrice ombelicale poco infossata, ma sede di sensazione di stiramento, alzandosi da sedere. Nessuna marca apparente sulla pelle. La linea Alba è poco visibile, nessuna mobilità si avverte nel tumore, imprimendovi movimenti laterali, nè tampoco facendo fare all'ammalata profonde inspirazioni.

Leggiero dolore si manifesta nell' ippocondrio destro, paragonabile ad un senso di stiramento.

Palpazione. — Questa eseguita in tutte le direzioni riesce indolora, i movimenti impressi riescono quasi negativi, impossibili da sotto in su è però provocato lo stimolo di mingere; però l'ammalata lo sopporta ed a volontà ritiene l'emissione dell'orina.

Percussione. — Il tumore dà mutezza che comincia dalla regione sotto epatica, e senza mutazione scende fino al pube; a sinistra un po' timpanica sotto la regione splenica, ma che va alla mutezza fino al pube.

L'ascoltazione dell'addome non offre nessun dato importante.

Le orine non danno sedimento nè contengono albumina; chiare ed abbondanti, di emissione facile. Dalla palpazione del tumore si ha l'impressione essere desso regolare, liscio e della stessa forma uterina ingrossata, senza noduli, indolente, a pressione moderata di consistenza dura, occupante lo spazio fra le due creste iliache anteriori superiori, di modo che riesce impossibile la introduzione anche di un sol dito fra queste ed il tumore.

Le pareti addominali che lo coprono sono mediocremente adipose e riesce facile fare di esse una piega di 2 centimetri nella regione ombelicale eccitando sempre la sensazione di stiramento; ma difficile riesce farla sulla regione pubica,

dove la pelle scorre meno facilmente in tutte le direzioni come nella parte superiore.

I genitali esterni sono bene conformati, nessun colorito speciale.

Nel riscontro digito vaginale, appena varcato l'ostio vulvare, si avverte il collo uterino indietro e a destra piccolo e conico, il labbro posteriore lungo 2 centimetri, l'anteriore uno, è piegato a gomito col corpo uterino, orificio esterno regolare, fornice vaginale libero posteriormente ma tale appena da passarvi l'indice, poco a sinistra, assolutamente impossibile a destra, dove si avverte la massa fibrosa incuneata dura e un poco dolente, e difficile riesce poterla sollevare.

Anteriormente, sotto l'arcata del pube pare vi sia una continuazione del collo col corpo uterino e della volta del fornice coll'osso del pube.

Esplorazione istrumentale e bimanuale.

Abbrancato il tumore con ambo le mani, dall'addome non si riesce che ad imprimere limitati movimenti laterali in alto; e spingendolo in basso si avverte col riscontro vaginale che si abbassa tutto il corpo fibroso, e spinto con forza di sotto in su, limitatamente e con pena si alza.

Lo speculum di Cusco riesce molesto, ad esso vien sostituito il cilindrico a specchio e a becco di flauto del Fergusson, col quale si riesce più facilmente a mettere in evidenza il collo uterino e suo orificio esterno, riconosciuto di nullipara.

La sonda di cera introdotta nel collo, arriva in cavità senza incontrare resistenza, e misura dal fondo dell'utero al muso di tinca 22 centimetri. Uso in tale esplorazione la candeletta di cera perchè si adatta meglio, ed è di più facile introduzione nelle flessioni del collo, e col calore si adatta alle diverse forme e può passare anche trovandosi in cavità un corpo estraneo non del tutto aderente, e quando è ritirata presenta oltre alla lunghezza anche le inflessioni e la figura delle cavità. Ed in questo caso diede la curva a concavità anteriore.

E qui debbo confessare che non ho potuto mai ottenere questo risultato colla sonda Sappolini, quantunque l'abbia spesso e con tutta la mia buona volontà a ciò adoperata. Infine la sonda di cera per la flessibilità e levigatezza difficilmente può arrecare danno, anche quando si trovino nella cavità uterina delle fungosità o altre neoformazioni facilmente lacerabili.

Usai successivamente la sonda metallica fissa, e con questa potetti assicurarmi elevando cautamente la massa fibrosa in avanti, ma non lateralmente, che aderenze non ve ne avrebbero potuto essere; che la spessezza della parete uterina anteriore, a parer mio, misurava già circa 12 centimetri, mentre girando la punta sulla parete posteriore e passata la sonda nella mano sinistra e l'indice della destra nel retto, dedussi essere questa non più di due centimetri di spes-

sore. Finita la esplorazione non ebbi sangue dalla cavità uterina, nè l'ammalata avvertì alcun dolore nella località esaminata, ma bensì nella regione sacrale.

Passiamo ora alle misure dell'addome prese nel febbraio 1884.

1. Circonferenza al livello dell'ombelico. . .	Cent.	87
2. Dall'ombelico alla sinfisi pubica.	»	35
3. Dall'appendice ensiforme all'ombelico . .	»	19
4. Dalla spina iliaca anteriore superiore destra all'ombelico.	»	18
5. Dalla *Sra* sinistra all'ombelico.	»	14

Da tutti questi dati mi è sembrato poter diagnosticare, trattarsi di un *fibromioma della parete anteriore del corpo uterino diffuso al collo;* obbligante il labbro anteriore a piegarsi a gomito, con piega riducibile; e probabilmente non esservi aderenze. Inoltre trovandosi la decidua uterina in istato relativamente normale, si potè ritenere, e con certezza, esente da alterazioni morbose anche la cavità uterina.

Ritenni questo tumore causato da traumatismo, ma avendo qualche tempo dopo visitata la sorella della malata, e riscontrato in questa un tumore identico per forma, sede, e natura, mi sorse il dubbio, che la neoformazione uterina della mia malata, fosse dovuta piuttosto ad eredità, che a traumatismo, non avendo sua sorella subìto alcuna causa traumatica nella località del tumore.

Ciò posto, e ritenuta la diagnosi suddetta non mi restava che a sperimentare i diversi mezzi terapeutici suggeriti dalla scienza, ed in caso di risultato negativo procedere all'atto operativo più conveniente. Passai quindi in rassegna i diversi mezzi a me noti, e previa conoscenza dei risultati ottenuti dagli altri autori, mi attenni a quelli che mi sembrarono migliori.

Fra le cure indicate troviamo quella *della radice del cotoniere* sperimentata già dal *Prochownick di Amburgo*, che previa analisi fatta fare non vi trovò alcun *alcoloide* particolare.

Dalle sue esperienze risulta che la infusione della *radice fresca, del cotoniere,* alla dose di 3 a 6 grammi di ora in ora (potendo arrivare anche senza pericolo fino a 10 grammi) provoca delle contrazioni uterine intermittenti paragonabili a quelle del parto; e differenti dallo stato di tetanismo prodotto dalla *segala cornuta;* però riesce inferiore a questa dal punto di vista d'intensità e della rapidità degli effetti prodotti. La ritiene però favorevole quando, si tratta di emorragie a riproduzioni frequenti dovute alla presenza di un fibro-mioma nelle pareti dell'utero. L'autore dice di aver visto diminuire dei fibromi sotto l'influenza di questo trattamento; avverte pure di fare macerare la radice fresca

nell'acqua fredda prima di farne l'infuso essendo ritirata dal commercio in istato di esagerata compressione (*El Siglo Medico, 1885*).

Heitzmann I. a Bordeaux riporta sulla *Gazzetta Hebdom. delle scienze mediche* l'azione dell'*Hidrastis Canadensis* sotto forma di estratto liquido alla dose di 15 a 20 gocce, tre volte al giorno, mentre Ichatz nell'*Archivio di Ginecologia* pagina 135 dell'anno 1883 dice che s'impiega a Rostock l'estratto acquoso alla dose di 20 gocce 4 volte al giorno; che gli effetti sono favorevoli, e l'azione esclusivamente locale, quale è quella di un tonico degli organi genitali; che fu provato nelle metrorragie, menorragie, dismenorree congestive ed emorragie dovute ai corpi fibrosi.

Il Tripier A. nelle lezioni cliniche dice che l'iniezione intrauterina dei topici saponacei all'ioduro di potassio, al tannino, all'acido fenico, riescono di molto effetto nei fibromi uterini. Anzi dice che non ha potuto ottenere dall'elettricità gli stessi effetti che vanta aver ottenuto il Dott. Apostoli.

Al contrario il Dott. Carlet Luciano nella sua Tesi, Parigi 1884, espone il nuovo metodo del trattamento elettrico dei fibromi uterini inaugurati dal Dottor Apostoli. Questo metodo consiste essenzialmente nella applicazione all'utero di una corrente continua e costante, senza alcuna interruzione durante la seduta. Dice che l'azione dev'essere concentrata sul polo intrauterino o attivo e rendendo l'altro polo inattivo chiudendo il circuito sul ventre mediante l'applicazione di uno strato di terra *glaise* (argilla) il quale costituisce un elettrodo a faccia estesa e rende minima la resistenza della pelle. Ed aggiunge che il polo attivo sarà il positivo nei casi dei fibromi emorragici, od accompagnati da leucorree ribelli; negativo in tutti i casi contrari.

Il mio caso entra in questa seconda categoria, e perciò mi risolsi per la cura elettrica, quando la malata avesse rifiutato l'atto operativo. Però, prima di agire, volli sentire il consiglio di un collega; e dovendo la Signora recarsi in Milano la indirizzai agli Specialisti De Cristoforis e Porro. Ma trovandosi assente in allora il De Cristoforis fu visitata dal solo Porro; il quale dopo averla esaminata mi scrisse (il 17 marzo 1884) confermando la mia diagnosi ed esortandomi a procrastinare l'intervento chirurgico; imperocchè così facendo avremmo potuto ottenere, mediante l'ingrossamento del tumore, lo stiramento dell'apparato legamentoso e della vagina, e facilmente la peduncolizzazione. Inoltre, aspettando, si sarebbero create condizioni tecnicamente favorevoli all'atto operativo.

Intanto quando fosse propizia la stagione, consigliavami a mandare la malata ai bagni salsoiodici. Questa volle esperire, prima di andare ai bagni, la cura dell'ergotina la quale fu somministrata alla dose di cinque centigrammi al giorno coi granuli dosimetrici, fino alla consumazione di due grammi.

Al 6 settembre 1884 si recò ai bagni, e ritornò il 21 dello stesso mese, dopo

dei quali non ebbe più quei pochi fenomeni riflessi uterini, che nei due mesi antecedenti; accompagnati da pausa catameniale, la facevano dubitare di essere gestante. Dopo dei bagni ebbe catameni abbondanti con qualche grosso grumo, di odore ingrato, ma che finirono regolarmente.

Stette in casa a Lodi dal settembre 1884 al maggio 1885 epoca in cui intraprese la cura elettrica, cominciando con una seduta di minuti cinque il 9 maggio, l'altra il 16 e dal 20 al 29 consecutivamente una al giorno. Ricomparsi i catameni, ritornò in casa per ripigliare poi la cura nel giugno successivo. Dal 2 al 27 feci 18 sedute le quali furono portate, gradatamente ogni giorno, da 5 a 15 minuti. Il giorno 30 si recò a casa in Lodi, e fece i semicupi di acqua *salsoiodica* durante tutto il mese di luglio. Ritornò in agosto e subì 19 correnti di 15 minuti cadauna d'una intensità maggiore delle antecedenti, anzi furono continuate anche nel periodo catameniale.

Subito dopo partì nuovamente per Salsomaggiore.

Il benessere della malata risultò evidente dalla leggerezza acquistata nei movimenti più liberi del corpo, la diminuzione di volume del ventre, la facilità nell'assimilazione dei cibi, tale da non essere più obbligata a slacciare le vesti dopo il pasto, dallo aver constatato la diminuzione della linea toracico-addominale avendo dovuto restringere le vesti che si accavallavano più di quattro dita.

Le defecazioni da stentate per irregolare stipsi meccanica si ridussero facili, giornaliere e non rivestite da muco, figurate a cilindro e non più a scibale, ond'è che il relativo ben essere generale corrispondeva all'effetto desiderato.

A constatare un tale fatto volli prima che partisse la malata riprendere le 5 misure addominali e quella della cavità uterina; e rilevai con soddisfazione essere la misura della circonferenza al livello dell'ombelico che prima segnava 87, ridotta a 70. Quella dell'appendice ensiforme all'ombelico che segnava 19 ora è di 10.

Dall'ombelico alla sinfisi *pubica* che era 35 ridotta a 20.

Dall'ombelico alla spina iliaca anteriore superiore sinistra che era 14 ridotta a 12.

Dalla spina iliaca anteriore superiore destra all'ombelico che era 18 ora è ridotta a 11 centimetri.

La lunghezza della cavità uterina da 22, ridotta a 14 centimetri.

La mobilità del tumore è relativamente soddisfacente, si può muovere in tutte le direzioni e la forma acquistata è da paragonarsi ad un cappello da prete rappresentante nella parete anteriore il chiocchetto.

Il fondo dell'utero dista dall'ombelico 5 centimetri, e misura da questo al pube centimetri 15; dalla cresta iliaca anteriore inferiore sinistra a destra misura 36 centimetri. Il vuoto lasciato dal tumore vicino alle creste iliache è a destra di 5 centimetri, di 8 centimetri a sinistra.

Certamente tale risultato lo debbo tutto all' elettricità, imperocchè tenendo pure presente tutte le momentanee nutrizioni mensuali che il tumore riceveva dal flusso catameniale, pure osservai che sottoposto alle correnti elettriche non solo più non aumentava tanto prima della mestruazione, ma progrediva marcatamente la riduzione senza che ne fosse impedita la funzione catameniale.

Di qui facile indurre che riuscirebbe più stabile la riduzione, se non vi fossero coteste ricorrenze mensuali; e fu per tale riduzione che la malata stessa domandò che continuassi le correnti elettriche anche durante i cinque giorni del contributo mensuale, a fine di ottenere con un' azione continua una riduzione progressiva e duratura.

Nè mi fu dato osservare modificazione di aumento o di diminuzione o di sospensione del flusso catameniale, mentre fu osservato da alcuni la cessazione di emorragie per effetto della elettricità, ed in altre la provocazione dei catameni, come ebbi anch' io occasione di constatare, vedendo ricomparire la mestruazione dopo cinque sedute.

Un altro fatto che io riscontrai in questa cura si è il raffreddamento della porzione della parete addominale, e della corrispondente uterina, sottoposta all'azione della corrente; il che io credo sia dovuto alla sospensione della circolazione causata dall'elettricità. Dunque, l'elettricità ha dato diversi effetti per diverse cause che secondo me però si ridurrebbe sempre ad una; quella cioè, di contrarre l' utero in massa, dal che deriva la rimozione di quella causa per la quale il medico ha creduto prescriverla.

Ed a me pare debba ritenersi valida non solo nell' eccitare sensibilmente la decidua (o mucosa uterina) ma la massa muscolare, che essendo intrecciata da fibbre trasversali longitudinali e circolari, l'azione elettrica resta spiegata in tutti i sensi del corpo dell'utero.

Ora ammettendo la immissione dei vasi arteriosi trasversalmente nelle pareti uterine, come riuscì a William di dimostrare in una sua nota sulla circolazione arteriosa, uterina, sembra che l'elettricità costringendo l'utero a coartarsi in tutti i sensi, debba produrre una specie di spremitura, tale da impedire la circolazione arteriosa, che va ad irrorare, e vivificare la massa muscolare e ne sospende la momentanea nutrizione, dal che a parer mio, deriverebbe la momentanea e relativa regressione del tumore, presentandosi ai nostri occhi, la diminuzione del volume totale del ventre.

Ecco perchè io mi decisi di ricorrere all' elettricità non empiricamente e per caso, ma per aver ritenute tutte le altre sostanze medicamentose di poco o momentanea azione; come è quella della *radice del cotoniere* della *Hidrastis Canadensis* e *dell' iniezione di ioduro di potassio, tannino, acido fenico, ergotinina*, ecc., ecc.

E sebbene fin da principio io abbia creduto fiduciosamente nell'azione della elettricità, avendo notato i solleciti e favorevoli risultati, ritenendoli di massimo sollievo per la mia malata che rifiutava qualsiasi atto operativo, pure non vi nascondo ciò che penso: ed è che l'ergotina dosimetricamente somministrata aiuta soltanto e prepara l'azione successiva della corrente continua. Favorisce da un lato per l'azione astringente sulle fibbre circolari dell'utero, e previene il medico a sospenderla a tempo perchè non si verifichi l'azione venefica che si paleserebbe somministrandola in altra dose e sotto diversa forma. Imperocchè dovendo continuarla per molti mesi se si volesse da questa ottenere la riduzione totale di quella massa fibromiomatosa uterina si potrebbe aspettare la cangrena degli arti inferiori prima di vedere l'effetto desiderato.

E perciò l'effetto ottenuto dalla elettricità secondo me è solo quello di facilitare la peduncolizzazione del tumore, riducendolo in pari tempo ad un volume di più facile estirpazione. E per ultimo riuscirebbe metodo esclusivo dopo aver tentato tutti i mezzi più razionali onde persuadere l'ammalata che qualora con l'elettricità non fosse perfettamente guarita, dovrebbe assolutamente sottoporsi a quello radicale, della laparotomia per la rimozione del tumore.

Imperocchè il voler aspettare dall'elettricità la intera scomparsa del tumore, e specialmente di quelli voluminosi, se non è del tutto impossibile permettetemi di dire, che sarà relativamente difficile e dubbioso.....

Dopo quanto esposi credo non utile dirvi come mi sono regolato nella cura elettrica.

Mi servii del piccolo apparecchio di Gaiffe che conoscerete, e riterrete come essere quello più comodo per essere portato a domicilio, di una forza limitata da potersi graduare a volontà e di una intensità, allorchè è in piena azione, abbastanza ragguardevole, e che difficilmente può essere sopportata da tutte le malate, quindi atto alle cure a corrente continue, sul corpo dell'utero, per tumori o per altre affezioni morbose.

Per l'interno della cavità uterina, usai l'elettrodo *negativo,* come indica in questi casi il Dott. Apostoli e per l'esterno il positivo, l'applicai sopra una lastra di rame; lunga 6 e larga centimetri 4 dello spessore di $^1/_2$ millimetro, situata sopra un fazzoletto di seta, in luogo dell'argilla, spiegato ed applicato alla parete addominale, e adattandola per la sua pieghevolezza alla superficie del tumore.

L'elettrodo negativo ha la medesima forma di una sonda uterina, tutto di rame della lunghezza di 20 centimetri, rotondo, ben levigato, e del diametro di $^1/_2$ centimetro, fatto a gomito per impedire che la mano che impugna l'elettrodo oscuri il campo operativo; questa estremità è a vite per essere applicata su apposito manico, munito di un foro per lo adattamento del reoforo.

L' elettrodo positivo è della stessa lunghezza e diametro, ma retto ed all' estremità libera, è diviso per metà, e le branche sono piegate in fuori su loro stesse per un centimetro. Ciò feci per impedire che nello applicare questo elettrodo sul collo dell' utero, mentre il negativo è nella cavità, sia preso sotto lo speculum, e venendo a contatto colla mucosa vaginale desti tale sensazione dolorosa, che la malata sorpresa, emetta grida non solo ma si muova a scosse inconsulte e tali da temere degli effetti dannosi dall' elettrodo negativo tenuto in cavità. Ad ovviare simile inconveniente basta che il medico sia pronto ad interrompere la corrente.

Ora, o Signori, aggiungendo questo fatto a quelli altri da voi osservati, ripetendo per la identica neoformazione uterina, l' identico procedimento, osserverete se riesca quanto esposi, e qualora constataste gli identici risultati o migliori riferendone ad altra riunione il vostro giudizio sancireste questo metodo come utile ed applicabile.

Dopo di ciò non mi resta che a ringraziarvi della benevola attenzione accordatami e nella speranza di non avervi inutilmente trattenuto vi saluto.

---

50 DONNE OPERATE DI FISTOLE URO-GENITALI

DAL

Prof. OTTAVIO MORISANI

Direttore della Clinica ostetrica e ginecologica
della R. Università di Napoli.

Vista la importanza di alcuni casi, e il numero cospicuo delle operazioni riproduciamo integralmente la statistica del Prof. Ottavio Morisani, contrariamente alle consuetudini del giornale per lavori pubblicati a parte o in altri giornali medici.

La Direzione.

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizione e Diagnosi
1	»	N. N. inferma nell'ospedale degl'incurabili.	1873	Introduzione di una forcina da cape in vescica, le cui punte perforano sporgono nella vagina. L'ansa del forcina rimasta in vescica coverta concrezioni calcaree forma un gros calcolo vescicale.
2	»	Grimaldi Carmela da Ischia, di anni 26, buona costituzione.	5 Febb. 1875	Permanenza della testa del feto p tre giorni nella escavazione della pel nel primo parto. Apertura trasversa leggermente obliqua a sinistra, a cir tre centimetri dall'orifizio vaginale, di metro maggiore 4 centim., mucosa v scicale procidente, sensibilissima al to camento. Margini della fistola circo dati da tessuti cicatriziali; una for briglia tira verso il lato sinistro, e r vescia in fuori il margine anterio della fistola. Le parti esterne della g nerazione largamente escoriate. *Fisto vescico-vaginale.*
3	»	Tamporrini Filomena da Teano, di anni 37, buona costituzione.	19 Aprile 1875	Pochi giorni dopo un lungo travagl di parto si accorse di perdere le urin dalle vie naturali. Apertura fistolosa n fornice utero-vaginale lunga 4 centin circa, il margine anteriore della fisto è fatto dalla parete vescico-vaginale, posteriore dal labbro anteriore del mus di tinca — il margine vaginale legge mente entroflesso. *Fistola vescico-ce vico-uterina superficiale.*
4	28	Recine Anna Maria, di anni 20, da Foria, costituzione ottima.	9 Dicem. 1875	Dopo sei giorni di travaglio di part le vien praticata la embriotomia. L urina viene dai genitali dopo un sett nario. Enorme distruzione nel setto ve scico-vaginale, le pareti laterali dell vescica distrutta saldate in parte co la parete posteriore della vagina merc

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
Si riscontrano sporgenti in vagina due punte della forchetta: con una cisione longitudinale si dividono i ssuti dall'una all'altra punta della rcina e si estrae il calcolo. Poscia si centano i due fori fatti dalle punte e cuce con punti metallici staccati.	Guarigione completa.	Il processo di recentazione e di sutura da noi adoperato è stato nel maggior numero dei casi quello del Sims, con alcune modificazioni che avremo cura di esporre nelle conferenze che faranno seguito a questo quadro statistico.	»
Preparazione: incisione della forte riglia cicatrizia, cura delle escoriaoni esterne. Dilatazione della vagina on speculum cilindrici di diametro gratamente maggiore. Operazione alla ims, 21 marzo. Otto punti di sutura etallica. Rimozione dei punti dopo 8 orni. Risultato parziale. — 2ª operaone 23 maggio, cinque punti — alla mozione dei punti rimane un forellino rande quanto una testa di piccolo pillo. Guarisce con ripetute cauterizzioni di nitrato d'argento.	Idem	In ogni caso di guarigione si è avuto cura oltre alle ripetute esplorazioni locali, di spingere iniez. nella vescica, e di tener la donna in osservazione per molti giorni.	6 Giug. 1875
Operazione il 27 maggio 1875. Otto unti di sutura metallica, riunione a orma di crescente. Tenesmi vescicali petuti. Estrazione dell'urina ogni due re attesa la intolleranza del catetere.	Idem	In generale facciamo tenere alle operate il catet. in permanenza alm. per le prime 48 ore. Se è tollerato bene, lo lasciamo spesso sino alla rimoz. dei punti. Un tempo preferivamo la sonda di Sims; oggi ci serviamo di un catet. molle detto di Nélaton.	21 Giug.
Si rende l'uretra permeabile, foranola con tre quarti, e tenendovi per arii giorni il catetere in permanenza. cclusione vaginale in direzione traversale, 5 punti di sutura metallica. isultato parziale. Nuova operazione opo 50 giorni. Sopraggiunge una me-	Guarigione completa. La donna emette le urine, e il sangue mestruale per l'uretra.	»	9 Giug. 1876

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizione e Diagnosi
				numerose briglie di cicatrice. Uretr distrutta in buona parte, ne rimane u piccolo tratto di circa 3 centim. da meato ed è impervio. *Cloaca uro-ge nitale.*
5	»	N. N., di anni 30, di Sessa Aurunca, costituzione buona.	»	Travaglio di parto stentato e lungo Soluzione di contìnuo in direzione ver ticale obliqua da sinistra a destra, centim. diametro maggiore. *Fistola ve scico-uretro-vaginale.*
6	86	Razzano M.ª Antonia da Valle di Maddaloni, di anni 26, robusta e bella contadina.	17 Febb. 1877	Secondo parto durato tre giorni. Mo ta segale. La urina viene dalla vulv dopo appena 24 ore dal parto. Perfo razione dell'estremo posteriore dell' u retra-trasversale, diam. 3 centim. Il ca nale uretrale al disopra della fistol impervio. *Fistola uretro-vaginale.*
7	16	Gualano M.ª Vincenza, da Venafro.	20 Nov. 1887	Parto lungo e stentato. Perforazion nel mezzo del canale vaginale-rotond 15 millimetri circa. *Fistola vescico-va ginale.*
8	44	Falco Matilde da Napoli.	11 Genn. 1878	Primo parto non lungo. Nel temp della uscita della testa manovre pro lungate e molto dolorose. La urina col dalla vulva due giorni dopo il parto Soluzione di continuità, trasversale ne fornice anteriore, maggior diametro centimetri, margine vaginale calloso, i margine posteriore è fatto dal labbr anteriore del muso di tinca. *Fistol vescico-cervico-uterina superficiale.*
9	»	N. N. Santiago (Chilì), di anni 34, buona costituzione.	»	Applicazione di forcipe per arrest della testa nella parte bassa della esca vazione pelvica. Soluzione di continuit a livello del collo della vescica circo

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
rragia il terzo giorno, che obbliga rimuovere i punti. Terza operazione po tre mesi.			
1ª operazione marzo 1876, 11 punti sutura metallica. Risultato parziale. a operazione ha dovuto esser ripetuta re quattro volte con lo intervallo di rca due mesi l'una dall'altra.	Guarigione completa. Visitata due anni dopo la guarigione si mantiene perfetta.		»
Perforazione dell'uretra con trequar- Operazione con 6 punti di sutura etallica. Difterite sulla ferita. 2ª ope- zione nel maggio. Risultato parziale. mestrui sopraggiunti al 3° giorno lla operazione impedirono la buona uscita. La donna è dimessa per la iusura della Clinica. Rientra il 22 ovembre 1877, gravida al terzo mese. perazione 2 giugno 1878 con tre punti sutura metallica. La gravidanza con- nua il suo corso.	Idem.	»	13 Giug. 1878
Operazione il 22 dicembre, 4 punti sutura metallica. Risultato parziale. imane un piccolissimo foro quanto la sta di un piccolo spillo. Cauterizza- oni ripetute col nitrato di argento.	Guarigione completa.	»	6 Giug. 1878
Preparazione. Dilatazione vaginale aduata, cura degli eritemi e delle coriazioni esterne. 1ª operazione il aprile con 6 punti di sutura metal- ca. Rimane un piccolo foro quanto la sta di uno spillo. Cauterizzazione col trato d'argento — al distacco dell'e- ara un punto di sutura intorcigliata. sulcerazione del punto cucito. 2ª ope- zione al 12 giugno, tre punti di su- ra metallica.	Idem.	Fu ingrandito con la recentazione il piccolo foro, affine di renderne più agevole la occlusione.	29 Giug. 1878
1ª operazione nel marzo 1878. Esci- one delle margini indurite. Quattro unti di sutura metallica. Rimane un ccolo foro. Cauterizzazione col ni-	Idem.	»	»

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizione e Diagnosi
				lare, 1 centim. Cauterizzazioni ripetu a Santiago col ferro rovente. Margi duri. *Fistola vescico-vaginale.*
10	97	De Serio Angela da Castronuovo S. Andrea, anni 23 buona costituzione, nutrizione scadente.	21 Aprile 1878	Primo parto otto mesi innanzi. T sta del feto rimasta nella escavazior della pelvi *sei giorni.* Estrazione c forcipe. Mancanza completa dell'uret Distruzione di tutta la parete anteri re della vagina e posteriore della ve scica. Numerose briglie cicatriziali. I stroflessione della vescica. La pare anteriore della vescica è saldata con posteriore della vagina dietro ad ur larga perforazione del retto intestin Con lo speculum di Sims si osservar due sottili zampilli di urina intermi tenti dal mezzo della parete anterior della vescica. Parti esterne largamen esulcerate. *Cloaca vagino-vescico-re tale.*
11	120	Meli Carolina, Madonna dell'Arco.	22 Giugno 1878	Parto prolungato. Perforazione n mezzo della parete anteriore della va gina-circolare un centimetro. *Fistol vescico-vaginale.*
12	»	La stessa.	18 Novem. 1878	Altra soluzione di continuità nel for nice vaginale anteriore a sinistra, 1 millimetri. *Fistola vescico cervico ute rina superficiale.*
13	43	Acito Anna Maria da Aquino.	20 Dicem. 1878	Soluzione di continuità trasversale circa 3 centimetri dall' ostio vaginale forma ellittica allungata, diam. magg 25 millim., nel mezzo la perforazion è molto più larga che agli angoli. *F stola vescico-vaginale.*
14	121	Corrubbia Carmela da Barile, d'anni 30, buona costituzione, nutrizione scadente. Sospetto di gravidanza al 3° mese.	1 Aprile 1879	Parto nel maggio dell' anno scorso il travaglio dura due giorni, puerperi morboso, fuoriuscita di tessuti mortifi cati dalle vie naturali. Le urine vengon dalla vulva 24 giorni dopo il parto. Per forazione trasversale nella parte medi della parete vaginale anteriore, for-

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
di argento in aprile, alla caduta scara due punti di sutura intorci- a.			
ra preparatoria delle esulcerazioni ne. Operazione di occlusione vul- aginale il 26 maggio. Larga recen- ne della faccia interna delle grandi ccole labbra. Sei punti di sutura vigliata. Cannula elastica nel retto. ole mortificazioni nei punti ove le glie fanno maggior pressione, a cui ono due piccole perforazioni, at- rso le quali geme urina. Cauteriz- oni ripetute ad intervalli col nitrato gento.	Guarigione. – La donna manda le urine miste alle fecce *a volontà* dalla via del retto.	»	29 Giug. 1878
erazione il 25 giugno, 3 punti di ra metallica.	Guarigione completa.	Guarita della 1ª fistola la donna è presa da morbo febbrile acuto, per cui è mandata nella Clinica medica.	10 Luglio 1878
perazione 11 dicembre, 3 punti di ra metallica.	Idem.	Ritorna il 18 novembre per essere operata della seconda fistola.	29 Dic.
perazione 12 giugno 1879, sette i di sutura, 5 staccata metallica, i mediani con sutura intorcigliata.	Idem.	»	3 Marzo 1879
donna si dichiara molto soffe- e, e domanda istantemente di es- operata. 1ª operazione 3 aprile. loppia lentamente il margine della a, ove trovasi l'orifizio ureterico, e prime questo verso il cavo vesci- Poscia si pratica lo avvivamento	Idem.	Verso i principii di maggio si mostrano macchie sanguigne, e malgrado i rimedii opportuni, la donna abortisce di un feto quadrimestre.	6 Luglio 1879

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell' ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizio e Diagnosi
				ma ellittoica, lunghezza 2 centin margini dure e callose, varie b cicatriziali. Nel mezzo del labbr steriore si scorge un uretere (s orifizio dal quale vien fuori a get termittente la urina). Utero aume di volume, leggermente retroverso grosso e rammollito. *Fistola ve vaginale.* Si conferma il sospe gravidanza.
15	134	Tirello Maria Giovanna, di anni 26, da S. Stefano.	24 Aprile 1879	Parto lunghissimo e laborioso morto espulso spontaneamente, es molte sostanze mortificate dalle v turali, perdita dell' urina dalla v dopo un settennario. Occlusione nale a circa 3 centimetri dall' piccolo foro mediano, da cui gen rina. Col dito o con la sonda i dotta dall' uretra si nota estesa e distruzione vescico-vaginale, la vien confermata con la esplora dal retto. *Cloaca uro-genitale* spontanea e parziale occlusione vagina.
16	137	Brasetti Clotilde, di anni 30 da Avezzano, buona costituzione, nutrizione poco florida.	27 Aprile 1879	Parto a 17 gennaio: 60 ore c rata, emissione di escare dalle v turali, uscita delle urine dopo c giorni. Stenosi considerevole d nale vaginale. Perdita di sostanz sissima, distruzione quasi co della parete posteriore della vesc anteriore della vagina, numerose briglie di cicatrice. Parti estern gamente escoriate. Rimangono c centimetri d'uretra. *Cloaca uro tale.*
17	164	D. C. Eleonora da Santa Croce di Magliano, 22 anni, buona costituzione, nutrizione florida.	30 Maggio 1879	Due giorni di travaglio di par strazione col forcipe, estesa lacer del perineo. Perdita di sostanz mezzo della parete anteriore del gina, circolare 1 centim., margin e callose. *Fistola vescico-vagina*

Osservazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
pongono sei punti di sutura ingliata. Risultato parziale — due han lasciato presa, e son caduti in na. Rimane un piccolo foro — cauzazione con nitrato di argento. 2ª azione 2 giugno, 8 punti, due di ra metallica e due intorcigliata. un risultato. 3ª operazione 20 giu- 4 punti di sutura metallica.			
cerca di completare la occlusione tanea abbastanza avanzata con rite cauterizzazioni col nitrato d'aro e col cauterio di Paquélin.	Guarigione completa.	»	Magg. 1879
ilatazione della stenosi vaginale. a delle lesioni esterne. Occlusione nale 11 maggio. Recentazione e ra in direzione trasversale, quattro ti di sutura, due con seta. Risul- parziale. 2ª operazione 16 giugno. unti di sutura metallica. Difterite a ferita, e conseguente distruzione a adesione iniziata. 3ª operazione giugno. Recentazione e sutura vere dell'ostio vaginale. Tre punti di ra incavigliata fermati con piccole che di piombo.	Idem.	La donna emette le urine a volontà: allorchè la cloaca è molto distesa, ne scappano involontariamente delle gocce.	30 Luglio 1879
operazione 1° giugno, 2 punti di ra intorcigliata agli angoli, uno meco nel mezzo. Forti spasmi vesci- Risultato parziale. 2ª operazione giugno. Rimane un forellino invisi- che si scovre, facendo iniezioni cote in vescica. Cauterizzazioni ripe- col nitrato di argento.	Idem.	La donna vuole assolutamente andar via rimettendo ad altra epoca la sutura del perineo.	2 Luglio 1879

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizio e Diagnosi
18	166	Vannelli Virginia da Ripabottoni.	31 Maggio 1879	Soluzione di continuità a 4 ce dall'ostio vaginale-circolare, un c metro. Lieve stenosi vaginale. *F vescico-vaginale.*
19	174	Muggione Giuseppa, da Caivano, 23 anni, costituzione buona, nutrizione florida.	10 Giugno 1879	2° parto in marzo — dopo due g di travaglio applicazione di forci missione delle urine per la vulva poche ore, lacerazione dell'uretra sinistro lunga circa 4 centim., il gine destro è rovesciato in fu molto gonfia ed arrossita la m uretrale. *Fistola uretro-vaginale*
20	178	Granata Antonio da Corleto Bonforte.	27 Giugno 1879	Vasta perdita di sostanza di forn regolarmente elittica. 5 centim. metro massimo. *Fistola vescico-u vaginale.*
21	35	Muricchio Filomena, da Portocannone, 27 anni costituzione buona.	18 Dicemb. 1879	Parto lungo; la testa del feto ri 10 ore al distretto inferiore del b viene estratta col forcipe, lacera completa del perineo. Vasta ed soluzione di continuità che dal fo vaginale del lato destro discende quamente fino alla metà del c uretrale, lunga circa 6 centimetri, 2 centim. e mezzo. Altra perfora trasversale del fornice anteriore vagina lunga circa 4 centimetri. briglie cicatriziali nella vagina. denza della mucosa vescicale attra la vasta fistola vescico-vaginale. D fistola. *Vescico uretro-vaginale scico-cervico uterina superficiale*

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
ɔerazione il 13 giugno, tre punti ıtura metallica. Rimane un piccolo quanto la testa di uno spillo.	Risultato incompleto. La donna ritiene abbastanza le urine, se va ad evacuarle a brevi intervalli.	La donna è obbligata ad andar via per la chiusura della Clinica. Le si raccomandò di ritornare, ma non si è più vista.	22 Giug. 1879
ɔerazione il 18 giugno, scollamento ɔrzione della parete vaginale a si– a, e formazione d'un lembo cruen- scisione della mucosa procidente e ıtazione del margine destro della a. Sutura con sette punti, 5 me– i e 2 ai due estremi con seta.	Guarigione completa.	Riveduta la donna dopo parecchi mesi, la si è trovata in condizioni perfette.	28 Giug. 1879
ɔerazione 30 giugno, 11 punti di ra metallica. Risultato parziale.	Risultato incompleto.	La donna è obbligata ad uscire per la chiusura della Clinica. Ritorna in novembre, ma essendo incinta verso il quarto mese, le si raccomanda di ritornare dopo il parto.	14 Luglio 1879
eparazione. Incisione di molte bri- cicatriziali. Dilatazione graduale vagina con speculum cilindrici gusson). Si passano dei punti di ra in varii punti della fistola mag- e là ove il divaricamento è più con- evole, affine di avere una cedevo- maggiore delle margini, e di te- ridotta la mucosa procidente. 1ª azione sulla grande fistola verti- 10 novembre, 12 punti di sutura ıllica. Risultato parziale, gli angoli fistola si cicatrizzano. 2ª opera– e 21 dicembre, 8 punti di sutura ıllica. Rimane un piccolo foro. 3ª azione 18 gennaio 1880. La grossa la è completamente guarita. 4ª ope- ɔne sulla fistola vescico-uterina. Re- azione del margine vaginale e del ro anteriore del collo dell'utero, 8 raio. 8 punti di sutura metallica.	Guarigione completa.	La preparazione e la prima operazione furono praticate in città, nell'ottobre e novembre 1879; la donna entrò in Clinica dopo la prima operazione.	24 Nov. 1880

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizio e Diagnosi.
22	27	Di Carlo Maria Arcangelo da S. Paolo, 26 anni, buona costituzione, nutrizione scaduta, anemia.	18 Dicemb. 1879	Parto stentato: durata tre gi eclampsia durante il travaglio. E zione artificiale del feto. Vasti perdita di sostanza, distruzione totale della parete vescico-vaginal merose e forti briglie cicatriziali. *C uro-genitale.*
23	11	Filomena Zatta, da Ortara, 35 anni, costituzione mediocre.	6 Febbraio 1880	Travaglio lungo – feto morto es per opera della natura. Soluzio continuo nella parte alta della va lato sinistro – trasversale di forma dea, 25 millim. diam. magg. *F vescico-vaginale.*
24	91	Pecanzi Giuliana da San Giuliano di Puglia, 24 anni, costituzione lodevole.	25 Febbraio 1880	Parto lungo e penoso nel nove ultimo. Espulsione spontanea di morto. Soluzione di continuità nel zo della parete anteriore della v in direzione obliqua, forma elli 2 centimetri, procidenza consider della mucosa vescicale, il margi nistro della fistola leggermente sciato, rivestito di mucosa gon arrossita mostra nel mezzo un'ape puntiforme, dalla quale vien fu urina con zampillo intermittente rie briglie cicatriziali circondano pertura fistolosa. *Fistola vescico-nale.*
25	126	Muciagni Vincenza, da Napoli, di anni 32, rachitica.	4 Aprile 1880	Parto difficile 18 mesi innanz strazione del feto col forcipe. F tura trasversale nel fornice vag anteriore, 25 millim., distruzion labbro anteriore del collo uterin fistola è limitata indietro dal l posteriore. Altra soluzione di cont nella parte media della vagina lare, 5 millim. separata dalla p dente da un intervallo di circa 2

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
ne un foro molto piccolo. Cautezione col punteruolo del cauterio aquélin, e più tardi col nitrato di to.			
clusione vaginale il 21 gennaio verticale con sei punti di sutura ata con seta fenicata. Difterite sulla diffusa a tutto il canale vaginale-onite settica.	Morta nel dì 7 Febbraio.	»	»
erazione 25 febbraio, 6 punti di a metallica. Forte spasmo vescidopo la operazione. Risultato neo. 2ª operazione 26 aprile, 5 punti tura metallica. Risultato parziale. erazione 16 giugno 3 punti sutura llica. Rimane un piccolo foro.	Risultato incompleto.	La donna è obbligata ad andar via per la chiusura della Clinica; le si raccomanda di tornare nel novembre; ma non si è più veduta.	24 Giug. 1880
eparazione. Incisione delle briglie. azione graduale della vagina. Opene 15 marzo. Si scolla nel marsinistro della fistola l'uretere ade-, sdoppiando la parete. Vien fuori ue in sufficiente quantità; non si e a stagnarlo malgrado varii mezzi erati. Si sospende, e si pratica lo vaginale. Operazione di recenta- e cucitura della fistola il 7 aprile nti di sutura metallica.	Guarigione completa.	»	25 Aprile 1880
erazione 21 aprile dell'una e dela apertura fistolosa. 1ª recentazione nargine vaginale e del labbro poore del collo dell'utero, 6 punti di a - metallica, l'orifizio uterino è nella vescica urinaria. 2ª, due i di sutura metallica.	Idem.	La donna emette per l'uretra il sangue mestruo.	8 Magg. 1880

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizion e Diagnosi
				timetri. Due fistole, la 1ª *vescico-vico-uterina profonda*, la 2ª *vesc vaginale.*
26	»	N. N. da Roseto, anni 26, costituzione eccellente, nutrizione perfetta.	»	Parto difficile, testa arrestata r scavo, estrazione col forcipe. Op due anni fa da un distinto gineco della città. Fistola nel mezzo della gina circolare, un centimetro, nel zo di uno dei margini apertura d uretere. *Fistola vescico-vaginale.*
27	133	Nardelli M.ª Luisa da Bonifro, buona costituzione, nutrizione perfetta.	10 Aprile 1880	Grandi sofferenze al 2° parto, durò cinque giorni. Espulsione s tanea di un feto morto. Larga fe tura con distruzione del labbro a riore del collo dell'utero, riman lateralmente due piccoli bitorzoli. forazione trasversale circa 2 cent tri. *Fistola vescico-cervico-uterina fonda.*
28	152	Parisi Filomena, statura bassa, costituzione meschina, nutrizione scaduta.	29 Aprile 1880	Parto difficile durato tre giorn strazione artificiale di feto morto. forazione del fornice anteriore 25 limetri. Labbro anteriore del collo rino distrutto, labbro posteriore temente inclinato verso l'apertur stolosa, orifizio uterino volto in ves *Fistola vescico-cervico-uterina fonda.*
29	182	Fusco Rosa da Arzano, costituzione gracile, nutrizione scaduta, ha sofferto recentemente dolori artritici.	28 Maggio 1880	Travaglio di parto, quattro me durato quattro giorni, espulsione s tanea di un feto morto. Perforaz nel fornice vaginale anteriore tra sale, 25 millimetri, il margine p riore della fistola è fatto dal la anteriore del collo uterino. *Fistol scico-cervico-uterina superficiale.*

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
)perazione il 10 aprile 1880. Scol-nento dell'uretere dal margine della ola. Recentazione e sutura con quat-punti metallici.	Guarigione completa.	»	»
)perazione il 12 maggio. Recenta-ne del margine vaginale e del labbro steriore del collo uterino, chiusura l'orifizio uterino in vescica. 6 punti tallici. Fuoriuscita considerevole di ıgue dalla vescica. Non riuscendo ad estare la emorragia si recidono i nti di sutura, e si fa lo zaffo va-ıale. 2ª operazione il 16 giugno, 6 nti metallici, difterite sulla ferita, truzione della cicatrice incipiente. operazione 19 febbraio 1881. Recen-ione e sutura come sopra, 5 punti tallici.	Idem.	La donna emette il sangue mestruo per l'uretra. Ella andò via per chiusura della Clinica dopo la 2ª operazione a fine giugno 1880. Ritornata il 24 gennaio 1881 fu operata e guarì.	11 Aprile 1881
Preparazione. Cura tonico-ricosti-ente, buona nutrizione. Semicupii schi. Operazione il 4 giugno. Re-ıtazione del margine vaginale e del bro posteriore del collo uterino, ori-io in vescica, 7 punti di sutura me-lica. Discreta perdita di sangue misto urina. Difterite della vulva e della gina. Febbre altissima, fenomeni in-tivi gravi, collasso.	Morta il 19 giugno.	»	»
Operazione il 7 giugno. Recentazione l margine vaginale e del labbro an-riore del collo dell'utero. 6 punti di tura metallica. Risultato parziale, ri-ane un piccolo foro.	Risultato incompleto.	La donna è obbligata ad uscire per la chiusura della Clinica.	25 Giug. 1880

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizione e Diagnosi
30	3	Romano Raffaela da Napoli, anni 30.	22 Novemb. 1880	Parto lungo. La testa del feto mane molte ore contro il piano pe rineale, estrazione artificiale con le ma Soluzione di continuità del fornice v ginale anteriore trasversale, 2 centi il margine posteriore della fistola fatto dal labbro anteriore del collo terino. Numerose briglie di cicatr circondano l'orifizio fistoloso, e restri gono il canale vaginale. *Fistola vesci cervico-uterina superficiale.*
31	5	Luongo Gelsomina, da Formicola, 32 anni, contadina, buona costituzione, nutrizione florida.	15 Dicemb. 1880	Parto lunghissimo, durato *sette gi ni*, espulsione spontanea di un fe morto. Nel quarto anteriore della v gina fortissimo tessuto di cicatrice modo di anello, con foro centrale, quale permette appena la introduzio dell' indice. Inciso e poi dilatato trova distruzione dell'uretra, e di tut la parete vescico-vaginale. In fondo u massa dura, che si sospetta essere l' tero, la donna fu amenorroica dall' poca del parto. *Cloaca uro-genita con distruzione completa dell' uretr*
32	15	Caponiero Gaetana, da Campagna, 24 anni, costituzione eccellente.	3 Aprile 1881	Primo parto durato cinque giorn espulsione spontanea di un feto mort Vaste ed estese escoriazioni delle par genitali esterne, perineo, interfemor ecc. Soluzione di continuità al terz superiore della vagina trasversale, centim. con margini duri e callosi, v rie briglie di cicatrice. Attraverso fistola procede la mucosa vescicale ro sa, e molto sensibile. *Fistola vescic vaginale.*

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
Preparazione. Incisione delle briglie atriziali. Dilatazione graduale della gina. Operazione il 26 gennaio. Retazione del margine vaginale e del bro anteriore del collo uterino, 5 nti di sutura metallica.	Guarigione completa.	La donna ha avuto una gravidanza dopo la operazione; si è sgravata senza inconvenienti. - Riveduta nel novembre 1884 sta benissimo.	12 Febbr. 1881
Si perfora il retto intestino con grostrequarti ingrandendo l'apertura con turi bottonato a circa 4 centimetri l'ano. Si pone nella perforazione una nula elastica, mercè la introduzione rnaliera del dito, i corpi dilatanti, a permanenza della cannula si assira la esistenza del foro rettale. ando questo fu completamente cicazzato nei suoi orli si procedè alla clusione vaginale. 1ª operazione 20 ggio. Recentazione dell'ostio e della cia interna delle labbra della vulva. punti di sutura incavigliata. Catete elastico permanente nel foro rete. Rimane un foro all'angolo infere della vulva. Cauterizzazioni ripete di nitrato di argento. 2ª operane a 12 giugno, tre punti di sutura tallica, nessun benefizio. 3ª operane a 30 giugno, 3 punti di sutura tallica. Rimane un forellino che cirizza dopo ripetute cauterizzazioni al rato d'argento (1) (v. in fine dell'art.).	Guarigione completa. La donna emette le fecce e le urine a volontà dalla via dell'ano.	La Luongo dopo la perforazione fatta al retto intestino fu affetta da polmonite bilaterale, per cui fu mandata alla Clinica medica. L'operazione non potè esser praticata, se non dopo che ella fu completamente guarita del morbo acuto.	31 Luglio 1881
Preparazione. Cura delle lesioni erne. Dilatazione graduale della vaa. 1ª operazione a 6 maggio, 6 punti sutura metallica. Nei due primi orni dopo la operazione perdita dieta di sangue pel catetere, e poscia oondante esito di muco. Risultato rziale. 2ª operazione 28 maggio, 3 nti di sutura metallica. 3ª operane 10 giugno, 3 punti di sutura meica.	Guarigione completa.	»	22 Giug. 1881

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizione e Diagnosi
33	23	Bozzi Rosa, da Calitri, 29 anni.	14 Maggio 1881	Varii aborti. Parto a termine dur cinque giorni. Espulsione spontanea un feto morto. Febbri infettive puerperio. Vagina grandemente an sta, con numerose e durissime bri di cicatrice. Uretra imperbia. Dist zione di tutta la parete vescico-va nale. *Cloaca uro-genitale.*
34	25	Savoia Rosa, da Torre Annunziata, 25 anni, costituzione mediocre.	5 Giugno 1881	Parto lungo sei giorni, espulsi spontanea di un feto morto. Soluzi di continuità nel fornice vaginale retta verso il lato sinistro trasvers 25 millimetri. Il margine posteri della fistola è fatto dal labbro an riore del collo dell'utero. *Fistola scico-cervico-uterina superficiale.*
35	3	Saraceni Anna, 25 anni, buona costituzione.	17 Novem. 1881	Parto 15 giorni prima del termi Emorragia. Dopo circa 60 ore di t vaglio ripetute applicazioni di forc senza risultato, più tardi estrazio di un feto morto con istrumenti la donna non sa precisare (cefalotrib Le urine colano dalla vagina poche dopo la operazione. Vasta perdita sostanza in direzione longitudinale parte dalle vicinanze del collo dell' tero e giunge sino a 2 centim. dal rifizio uretrale con procidenza consi revole della mucosa vescicale. — Lu ghezza 4 centimetri, larghezza ma giore 15 millim. *Fistola vescico uret vaginale.*
36	5	Moscarella Concetta, 23 anni, costituzione mediocre, anemica.	23 Novem. 1881	Lunga durata di parto, 4 giorni. strazione artificiale di un feto mor Uscita delle urine per la vulva il gi no seguente. Soluzione di continuo mezzo della vagina, trasversale lu circa 4 centim., larga 1 centim., grande procidenza della mucosa ves cale - briglia cicatriziale che tira in il margine anteriore della fistola. Un tra soluzione di continuità ha se nel labbro anteriore del collo dell tero il quale è fenduto - grande ci

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
l 22 maggio perforazione dell'ure- con tre quarti, si passa e si rimane atetere in permanenza – 23 maggio, lusione vaginale, recentazione, su- a in direzione trasversale, 5 punti sutura metallica. Rimane un piccolo o - cauterizzazioni ripetute di nitrato argento.	Guarigione completa.	»	19 Giug. 1881
Operazione il 13 giugno, 6 punti di ura metallica. Recentazione del mar- e vaginale e del labbro anteriore del lo uterino. La sutura ha la forma un crescente. Rimane un piccolo o. Il 20 giugno forte cauterizzazione nitrato di argento, caduta l'escara inazione delle margini, 2 punti di ura intorcigliata.	Idem.	»	8 Luglio 1881
Preparazione. Si cerca di tener ri- ta la mucosa vescicale con piccoli fi di bambagia bagnati in glicerina icata - 1ª operazione 7 dicembre, 9 nti di sutura metallica. Risultato par- le. 2ª oper. 29 dicembre, 5 punti di ura metallica. 3ª operazione 6 marzo ounti di sutura. Rimane un piccolo o. Cauterizzazioni ripetute con ni- to di argento.	Idem.	»	29 Marzo 1882
Preparazione. Incisione della briglia atriziale. Zaffi di bambagia in va- ia. 1ª operazione della fistola vescico- ginale, 11 gennaio 1882, 9 punti di tura metallica. Risultato parziale. 2ª erazione 6 marzo, 3 punti. Rimane piccolo foro. Cauterizzazione col nteruolo del cauterio Paquélin. 3ª erazione 17 aprile. Fistola vescico- erina. Recentazione del collo 3 punti etallici. Risultato incompleto. 4ª ope- ione, 5 maggio. Larga recentazio-	Idem.	La donna va via per la chiusura della Clinica nel Giugno 1882. Ritorna nel Maggio 1883 ed è operata la 5ª volta con ottimo risultato. In questo tempo ella fu incinta e partorì felicemente.	14 Giug. 1883

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizion e Diagnosi
				cinque mill. *Fistola vescico-vagina vescico-cervico-uterina profonda.*
37	»	N. N. Calabrese, anni 27, costituzione buona.	»	Parto lungo e difficile. Estrazion un feto morto dopo varie applicaz di forcipe. Fistola molto estesa e forma molto irregolare. Soluzion continuità del fornice anteriore tras sale, questa si continua a sinistra altra soluzione obliqua, il cui an inferiore è saldato per briglia cic ziale alla faccia interna del pube stro. Questo angolo era molto diff ad essere scoverto ed operato. *Fis vescico-cervico-uterina superficia vescico-vaginale.*
38	6	Nacchia Immacolata, da Nocera, 26 anni, buona costituzione.	25 Novem. 1881	Parto stentato, dopo tre giorni es sione spontanea di un feto morto. luzione di continuità in vicinanza collo dell'utero, nascosta da una p vaginale, foro circolare, 8 millim. *stola vescico-vaginale.*
39	17	Ruggi Margherita, da Cagliari, 24 anni, buona costituzione.	22 Gennaio 1882	Parto lungo e stentato. Espulsi spontanea dopo quattro giorni di feto morto. Soluzione di continuità mezzo della parete vaginale anter a 3 centim. circa dall'ostio trasvers diametro maggiore 2 centimetri. V l'angolo sinistro il margine poster fa vedere un orifizio sottilissimo cui zampilla ad intervalli l'urina (o zio di un uretere). *Fistola vescico- ginale.*
40	23	Russo M.ª Felicia, da Bovino, 40 anni, buona costituzione.	15 Marzo 1882	Parto stentato. Dopo tre giorni fuori la testa del feto morto: rim gono per 24 ore incuneate le sp Uscita delle urine dopo quattro gio Vasta perforazione lunga circa 4 timetri, larga 2 $^1/_2$ obliqua da de verso sinistra, con procidenza cons revole della mucosa vescicale. *Fis vescico-vaginale.*

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
5 punti metallici. Rimane un pic-o foro, cauterizzazioni ripetute col ıstico attuale - 5ª operazione 16 mag- 1883.			
Preparazione. Incisione della briglia erente ai pubi, dilatazione graduale la vagina. 1ª operazione novembre 81, 13 punti di sutura metallica. 2ª ª operaz. in gennaio e marzo 1882. mane un piccolo foro all'angolo in-iore della fistola. La donna ritiene zialmente le urine. Si rifiuta ad al- operazione. Si raccomanda la cau-izzazione ripetuta del piccolo foro nitrato di argento.	Risultato incom-completo.	Malgrado la pro-messa di ritornare, la donna non si è fatta più vedere.	
Operazione nel dì 11 dicembre. Quat- punti di sutura metallica.	Guarigione com-pleta.	»	25 Dic. 1881
Prima operazione 29 gennaio, 5 punti sutura metallica dopo avere scollato retere dal margine a cui aderiva, e tolo verso il cavo vescicale. Rimane piccolo foro, cauterizzazione col uterio di Paquélin, distaccata l'e-ıra 2 punti di sutura intorcigliata. I nti si ulcerano. 2ª operaz. 4 marzo, punti di sutura metallica, 3ª opera-ne 29 marzo, 3 punti.	Guarigione com-pleta.	»	11 Aprile 1882
Preparazione. Cura delle escoriazioni lle parti esterne della generazione, ffi di bambagia con glicerina fenicata ine di tener ridotta la mucosa vesci-e. Operazione 3 aprile, 8 punti di tura metallica. Risultato parziale. La nna rifiuta di sottoporsi ad altra ope-zione ed esce dalla Clinica.	Risultato incom-pleto.	La fistola si verificò a 23 anni. La donna malgrado la fistola si rimaritò ed ebbe due gravidanze seguite da aborto.	8 Magg. 1882

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizione e Diagnosi
41	29	Russo Michelina, da Argento, 28 anni, buona costituzione, nutrizione scadente.	11 Aprile 1882	Parto per la pelvi, durato quat giorni, dopo i quali viene estratto feto morto, uscita delle urine nell giorno. Larga perforazione nel me della parete vaginale, trasversale, l ga 4 centimetri, larga circa 2 con c siderevole procidenza della mucosa scicale. Parti esterne estesamente es riate. *Fistola vescico-vaginale.*
42	31	Grisolia M.ª Giuseppa, anni 34, nutrizione scadente, costituz. buona, da Maddaloni.	15 Aprile 1882	Parto lunghissimo. Dopo otto gio estrazione col forcipe di un feto mo Uscita delle urine per la vulva d 5 giorni. Vasta soluzione di contin nel fornice vaginale anteriore, trasv sale. Lungh. centim. 3, larghezza millim., il margine posteriore della stola è fatto dal labbro anteriore collo dell'utero. *Fistola vescico-cerv uterina superficiale.*
43	38	Trosolina Giuseppa, 33 anni, costituzione mediocre, nutrizione scadente, da Sabazia.	4 Giugno 1882	Presentazione trasversale del f nell' ultimo parto, estrazione ruv dopo due giorni. Distruzione di tu il setto vescico-vaginale, numeros forti briglie cicatriziali, dal vasto rame extroflessione della vescica, stono circa due centimetri di ure La donna non ha mestruato dall'ep del parto, nè ha avuto indizii di torni mensili. Escoriazioni conside voli delle parti esterne. *Cloaca u genitale.*
44	3	Rubino Lucia, da Castrovillari, 36 anni, costituzione gracile, nutrizione scaduta a causa di febbri palustri patite.	1 Febbraio 1883	Madre di otto figli – nel suo ott parto dopo tre giorni di travaglio feto morto fu estratto col forcipe. D tre giorni la urina venne fuori d vulva. Estesa soluzione di contin del fornice anteriore, trasversale, l ga circa 35 millim., larga 20 mill con procidenza della mucosa vescic il labbro posteriore della fistola è stituito dal labbro anteriore del c dell' utero. *Fistola vescico-cervico-u rina superficiale.*

Operazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
operazione 19 aprile, 9 punti di a metallica, 2ª operazione 8 mag- punti, 3ª operazione 5 giugno, nti metallici.	Guarigione completa.	»	27 Giug. 1882
operazione 25 aprile, sette punti tura metallica. 2ª operazione 29 io, 3 punti di sutura metallica.	Idem.	»	17 Giug. 1882
ra delle escoriazioni esterne. 1ª azione 21 giugno, occlusione va- e a circa 3 centimetri dall'ostio ersale, 7 punti di sutura metal- Risultato parziale. 2ª operazione ennaio 1883, 4 punti metallici. Ri- e un piccolo foro, cauterizzazioni ute ad intervalli col cauterio di élin. 3ª operazione 11 aprile 4 i metallici.	Idem.	La donna andò via dopo la prima operazione per la chiusura della Clinica (Luglio 1882). Ritornò in Gennaio 1883.	1 Magg. 1883
verificava in questa donna gran- ma tendenza alla ulcerazione, e facilità grande alle perdite di san- In una delle operazioni, a cui ottoposta, ella ebbe emorragia con- evole, che non potè con alcun o essere arrestata, e ci obbligò a endere l'atto operativo. Fu operata olte dal marzo 1883 al marzo 1884. e nella 1ª operazione (marzo 1883) nti di sutura metallica, l'ultima fu cata il 9 febbraio 1884, fece nel o della sua dimora in Clinica inue cure tonico-ricostituenti.	Risultato incompleto.	Rimane un forellino quanto la testa di un piccolissimo spillo. Con qualche cauterizzazione al nitrato di argento si sarebbe probabilmente ottenuta la guarigione; ma la donna resistendo alle premure fattele, ha voluto andar via.	20 Marzo 1884

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descrizio e Diagnosi
45	16	Gioia Santa, di anni 27, capraia, buona costituzione, nutrizione regolare buona.	29 Marzo 1883	Parto durato quattro giorni, la rimane 48 ore nella escavazione, e sione spontanea di feto morto. U di urina dalla vulva il giorno segu Estese escoriazioni alle parti est con varie chiazze ulcerate soprat alle grandi labbra. Le ulcerazioni tinuano per lungo tratto nel canal ginale. Mastoite in via di suppuraz Estesa perdita di sostanza trasve nel terzo superiore della vagina, ma ellittoica, lunghezza 4 centim larghezza 15 millim. circa, procic della mucosa vescicale. Il labbro riore della fistola duro e calloso senta una briglia cicatriziale forte lo arrovescia ed è fissata alla parte steriore dei pubi. *Fistola vescic ginale.*
46	16	Montanaro Maria, 40 anni, da Spinazzola, costituzione buona, e nutrizione.	26 Maggio 1883	Parto stentato a 38 anni. Pres zione trasversale. Estrazione del tr molto ruvida. Strappamento a l delle vertebre cervicali. Rimane l sta nell'utero. Si tenta di estrarla ma con un uncino cavacarne di na, e poi col forcipe. Le orine gono immediatamente per la v Perforazione trasversale del fornic ginale 2 centim. e mezzo, distru del labbro anteriore del collo ute Il labbro posteriore volto verso la scica aderisce lateralmente al con fistoloso. *Fistola vescico-cervico-v na profonda.*
47	28	Izzo Orsola, da S. Sebastiano Telesino, 34 anni, costituzione gracile, nutrizione scaduta. Paresi degli arti inferiori.	2 Giugno 1883	Parto lungo. La testa del feto ri nella escavazione due giorni. E zione col forcipe. Poco dopo ven dalla vulva fecce ed urine. Erit escoriazioni ed ulcerazioni estese parti esterne. Distruzione complet setto vescico-vaginale e dell'u Perforazione del retto intestino di ma ellittoidea. *Cloaca retto-vagin scicale.*

erazioni ed epoca in cui furono praticate	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
azione. Cura delle escoriazioni esulcerazioni. Incisione della di cicatrice. Introduzione di n cilindrici di calibro gradata-rescente. 1ª operazione 28 giu-unti di sutura metallica. Forti vescicali dopo la operazione. 2ª one 20 agosto, 8 punti metal- operazione 24 settembre, 2 etallici.	Guarigione completa.	»	14 Ottob. 1883
erazione 4 giugno. Recentazio-margine vaginale e del labbro re del collo dell'utero, 7 punti a metallica, orifizio uterino nel escicale. 2ª operazione 22 lu-punti metallici. 3ª operazione mbre, 3 punti metallici.	Idem.	»	13 Ottob. 1883
erazione dopo aver migliorate lizioni delle parti esterne, 9 lu-cclusione vulvo-vaginale verti- punti di sutura con catgut. 2ª one 7 ottobre, 5 punti di sutura ca. 3ª operazione 5 genn. 1884. nti di sutura staccata con fili di imane un piccolo foro, sul qua-doperano successivamente ripe-auterizzazioni col nitrato di ar-	Idem.	»	6 Luglio 1884

Numero d'ordine	Numero del Registro	Nome e Cognome Patria — Età	Data dell'ingresso in Clinica	Notizie etiologiche - Descri e Diagnosi
48	4	Celina Filomena, 27 anni, da Macchiagodena, costituzione e nutrizione buona.	6 Giugno 1883	Primo parto durato tre giorn zione con manovre ruvide di morto. Le urine colano dalla vu po otto giorni. Eritema ed esco delle parti esterne. Orifizio nel terzo superiore della vagi sversale, forma ellittoidea, lu millim., largh. 6 millim. *Fis scico-vaginale.*
49	10	Pietraroia Filomena, da Cercia Maggiore, 44 anni, buona costituzione.	26 Novemb. 1883	Nona gravidanza. Parto stent po quattro giorni espulsione sp di un feto morto. Soluzione d nuità nel fornice anteriore, tra lunga 35 millim., il margine po della fistola è fatto dal labbro a del collo dell' utero. Mucosa v procidente. *Fistola vescico-cerv rina superficiale.*
50	40	Santagapito Carolina, da Carpinone, 40 anni, costituzione buona, nutrizione scaduta.	28 Giugno 1884	Decima gravidanza. Parto probabile presentazione trasver spulsione spontanea dopo tre g travaglio di un feto morto. So di continuità nel mezzo della leggermente obliqua, ellittoica 3 centim. e mezzo, larga 1 ce discreta procidenza della mucos cale. Escoriazioni ed esulcerazio parti esterne coverte di placch riche, le quali si prolungano ne vaginale. *Fistola vescico-vagin*

(*Nota della pag.* 483). (1) Questa donna ritornò in Clinica nel Gennaio 1883. sentava due fori lungo la vulva occlusa, dai quali gemeva urina; il maggiore pe la introduzione, quantunque un po' stentata, del dito mignolo. La esplorazione a questo foro con catetere metallico permetteva di notare una grande quantità di ca quali alcuni abbastanza grossi, nella cloaca; dalla via del retto il foro di comun con la vagina era quasi completamente occluso. Si incide largamente la vulva, e s gono le masse calcolose (uno dei calcoli era grosso quanto un uovo di colom

erazioni ed epoca in cui furono eseguite	Risultato	Osservazioni	Data dell'uscita dalla Clinica
ol cauterio di Paquélin e due ıtura intorcigliata al distacco ra.			
zione 27 giugno, 5 punti di netallica.	Guarigione completa.	»	18 Luglio 1883
erazione 12 dicembre – 8 punti i. 2ª operaz. 24 gennaio 1884 metallici, 3ª operazione 27 feb- cauterizzazione ripetuta del oro rimasto col cauterio di Pa- 4ª operazione 1° aprile, 3 punti i.	Idem.	»	25 Aprile 1884
razione. Cura della difterite. 1ª ne 18 agosto, 9 punti di sutura a. Gli angoli cicatrizzano, ri- el mezzo un foro. 2ª operazione e, 6 punti metallici.	Idem.	Il lungo intervallo tra la 1ª e la 2ª operazione è da attribuirsi allo sviluppo della epidemia cholerica.	1 Nov. 1884

ifà la perforazione del retto col coltellino del cauterio di Paquélin. Ottenuta la della fatta perforazione, e constatata la esistenza del foro ampio e beante, si pro- ovamente alla occlusione vulvare. Due piccoli forellini rimasti richiesero varii mezzi i operativi. La donna dopo guarita è stata tenuta lungamente in Clinica, donde è el Dicembre 1884, deponendo a volontà urine e fecce dalla via del retto, la cui azione con la cloaca vescico-vaginale è sempre ampia e ben conservata.

RIASSUNTO

Donne	Fistole										
50	54 (4 doppie)	Vescico vaginali (4 con orifizio uretero-rico in una delle margini)	23	Verticali	4	Numero delle operaz.	Guarigione completa: Donne	41	Numero delle operazioni per ciascuna donna		
				Trasver.	19		Guarigione completa: Fistole	45			
				Oblique	6		Risultati incompleti	7	1 operazione	20	20
					—		Morte	2	2 »	9	18
		Uretro-vaginali e vescico-uretro-vaginali	6		29	111			3 »	15	45
									4 »	2	8
		Vescico-cervico-uterine superficiali	12						5 »	2	10
									10 »	1	10
		Vescico-cervico-uterine profonde	5						Cauterizzazioni ripetute	1	
		Cloache uro-genitali	8							—	—
			—							50	111
			54								

OSSERVAZIONI

La maggior parte delle operazioni furono praticate nella Clinica di ostetricia e ginecologia della nostra Università; poche in città, una nell'Ospedale degl'Incurabili.

Come si rileva dalla statistica, abbiamo intrapreso ad operare fistole di varia dimensione e direzione, semplici o complicate. Cercammo di superare gli ostacoli e le difficoltà come meglio si poteva. Adoperammo ove erano necessarii gli opportuni mezzi di preparazione, affine di rendere più agevoli le manovre, e più sicuri i risultati. Ci studiammo di ottenere la chiusura di fistole molte ampie, e di vaste perdite di sostanza, e solo nei casi di considerevoli devastazioni e per pura necessità fummo obbligati a ricorrere alla occlusione della vagina o della vulva.

Ponemmo in opera spessissimo nelle operazioni la giusta posizione e riunione dei lembi (recentazione ad imbuto evasato – Sims), parecchie volte quella degli orli (recentazione ad imbuto profondo – Simon), e talune volte l'uno e l'altro modo di recentazione nella stessa operazione; in alcuni casi facemmo lo sdoppiamento di uno dei margini e poi la recentazione. Allorchè ci parve opportuno ricorremmo alla cauterizzazione sia col nitrato di argento, sia col caustico attuale (cauterio di Paquélin).

Ci servimmo per la sutura di fili metallici a preferenza (di argento o di ferro), ma adoperammo pure i fili di seta o quelli di catgut. La sutura fu fatta il maggior numero delle volte a punti staccati, ma non si mancò di ricorrere anche in parecchi casi alla intorcigliata od alla incavigliata, e talora a più di esse insieme.

Per i particolari della tecnica operativa preferimmo in generale i precetti e le pratiche del Sims con certe modificazioni, di cui diremo nelle conferenze che saranno pubblicate al seguito di questa statistica.

Circa i sette risultati incompleti desideriamo far notare, che essi si verificarono o in donne le quali non poterono continuare la cura attesa la chiusura della Clinica (N. 18, 20, 23, 29) o in quelle che si rifiutarono alle ulteriori pratiche e manovre curative (N. 37, 40, 47). In generale rimasero piccoli fori, dei quali la guarigione sarebbe stata non vogliamo dir certa, ma almeno grandemente probabile. Ciò non diciamo perchè credessimo molto facile e sicura la occlusione dei forellini fistolosi; tutt'altro; la esperienza dimostra invece che spesso questi offrono difficoltà maggiori delle aperture più grandi, ma per le due seguenti ragioni: 1ª perchè in nessuna delle donne esisteva condizione alcuna capace di impedire la occlusione delle minime aperture fistolose rimaste, e 2ª perchè molte altre donne citate nella statistica, nelle quali simili forellini si erano verificati, ottennero con la pazienza e con la continuazione delle cure perfetta guarigione.

Delle due che ebbero la sventura di soccombere una (N. 22) era affetta da vasta cloaca uro-genitale, ed operata di occlusione per necessità, l'altra aveva una fistola vescico-cervico-uterina profonda (N. 28). Entrambe ebbero difterite grave e rapida della vulva e della vagina; il difterismo le condusse a morte. Dobbiamo far notare che la Clinica non possiede un locale separato per le operate di ginecologia, queste sono nella medesima sala con le gravide e le puerpere, e i puerperii sono assai frequentemente morbosi.

Vero è che le donne di cui è parola avevano condizioni generali poco favorevoli e nutrizione scadente, ma il luogo ove furono operate dovè certo contribuire all'esito infausto.

Vogliamo infine aggiungere, che oltre alle donne registrate nella statistica, furono ricevute nella Clinica le donne seguenti:

1	Scialla Carmela da Caserta	Gennaio 1875	Fistola vescico-vaginale trasversale	Tutte queste donne rifiutarono decisamente di essere operate, meno la Lucia Masiello (N. 10), la quale non fu operata, perchè incinta al 5° mese. Le si raccomandò di tornare dopo il parto, ma non si è più veduta.
2	Marotra Giuseppa da Napoli	Maggio 1875	Fistola vescico cervico-uterina superficiale	
3	Ferrara Fortunata	Giugno 1876	Fistola vescico-vaginale trasversale	
4	Santella Giuseppa da Tocco	Dicembre 1877	Cloaca uro-genitale	
5	Amitrano Concetta da Napoli	Aprile 1878	Fistola vescico-vaginale	
6	Esposito Filomena da Napoli	Novembre 1878	Fistola vescico-cervico-uterina superficiale	
7	Vassallo Teresa da S. Severino	Marzo 1879	Fistola vescico-cervico-uterina superficiale	
8	Squeglia Carmela da Pareto	Maggio 1881	Fistola vescico-vaginale	
9	Trocchia Fortuna da Napoli	Gennaio 1882	Fistola vescico-vaginale	
10	Masiello Lucia da Labella	Maggio 1882	Fistola vescico-cervico-uterina superficiale.	
11	Ragosta Cristina da Sparanisi	Novembre 1882	Fistola vescico-vaginale	
12	Passarella Gaetana da Campobasso	Giugno 1883	Fistola vescico-vaginale e vagino rettale	
13	Russo Pasqualina da Torre Annunziata	Marzo 1884	Fistola vescico-vaginale	
14	Recchia Palma	Aprile 1884	Vasta fistola vescico-vaginale e fistola retto-vaginale	
15	De Livio Giovanna da Ariano	Agosto 1884	Fistola vescico-vaginale trasversale	
16	Perrella Concetta da Napoli	Novembre 1884	Fistola vescico-vaginale	

Rimangono da ultimo in corso di cura al 31 *Dicembre* 1884.

1	Santopolo Angela da Patrizzi	Vasta fistola uretro-vaginale con enorme procidenza della mucosa vescicale.
2	Vilardi Maria da Montalto	Estesa perdita di sostanza di quasi tutto il setto con fistola retto-vaginale.
3	Cardo Angela da Campobasso	Lacerazione di tutta la parte anteriore dell'uretra.
4	Mansueto Cristina	Fistola vescico-cervico uterina profonda.
5	Trionfo Cristina	Fistola vescico-uretro-vaginale trasversa.
	Trionfo Annunziata	Fistola vescico-uretro-vaginale trasversa.

RASSEGNA DI LAVORI STRANIERI

Atti della Società Ostetrica di Londra nel 1884.

Sulla scorta del Vol. XXVI, contenente gli Atti di detta Società nell'anno passato, faremo l'analisi dei principali lavori presentati e della discussione da essi sollevata.

I. John Williams. — *Sull'ulcera corrodente della bocca uterina.*

È questa affezione rara e così tanto, da far mettere in dubbio quasi l'esistenza di tale forma nosografica. L'autore ne osservò tre casi che mostrerebbero l'accuratezza con cui Carlo Clarke descrisse tale affezione. Essi possono così compendiarsi.

Caso 1.° — Una piccola ulcera sulla bocca uterina che nel corso degli anni si estende a quasi tutta la vagina, diffusione che avviene per mezzo di tubercoli simili a lupus ulcerantisi, mentre la salute generale rimane inalterata per dieci anni.

Caso 2.° — Ulcera corrodente della cervice che invadeva, alla prima visita, una piccola parte del labbro anteriore, estendendosi quindi simmetricamente su tutta la parte superiore del canale vaginale; morte per paralisi nove anni dopo che erano stati osservati i primi segni di ulcerazione. Non venne praticata autopsia.

Caso 3.° — Ulcera corrodente osservata la prima volta quando la porzione vaginale e la parte superiore della vagina ne erano affette: idronefrosi destra, pielite sinistra, morte per anemia. Ecco i risultati dell'autopsia per quanto riguarda gli organi genitali.

L'ovaio destro è piccolo, di consistenza fibrosa. Il sinistro è fissato in basso ed all'indietro del margine uterino da vecchie adesioni, ed offre pure una consistenza fibrosa. La tuba destra è aderente all'ovaio per aderenze antiche e numerose. La sinistra è incurvata in basso ed all'indietro e quindi di nuovo in basso ed all'avanti, in modo di formare un S al disopra dell'ovaio sinistro, di cui copre la superficie anteriore ed il margine superiore, ed al quale aderisce solidamente per vecchie aderenze. Il legamento rotondo di destra è normale, il sinistro è unito solidamente alla massa ovarica.

La superficie posteriore dell'utero al lato destro ed a livello dell'orificio interno è aderente al rivestimento sieroso del retto per aderenze fibrose vecchie tenui. La maggior parte della cervice uterina è intieramente distrutta: il fondo ed il corpo formano una massa sferoidale appiattita nel senso antero-posteriore e gettata fra i legamenti larghi: la superficie esterna è liscia. Lo spessore delle pareti varia da $^1/_2$ ad un centim. La superficie interna è una cavità chiusa, essendo l'orificio interno ostruito in apparenza da aderenze infiammatorie: essa è di forma rozzamente cilindrica e contiene pus. La mucosa è inspessita, nodulare, di colore rosso scuro al lato destro e di color lavagna a chiazze al lato sinistro — della vagina non rimane che la parte inferiore. In questa parte la membrana mucosa è liscia e normale, tranneché presenta una linea di rossore lungo il margine superiore. L'intiera circonferenza della vagina, a cominciare da questo punto fino al margine inferiore della massa uterina è rappresentata da una ulcerazione sporca, frastagliata, il fondo della quale nei due terzi superiori e posteriori è composto puramente di connettivo sottoperitoneale gangrenoso e grasso. Il processo gangrenoso non è attivo: il termine è adoperato a indicare i frastagli da tessuto che vanno incontro a morte lenta in conseguenza del processo ulcerativo che invade la loro base. Il margine della membrana mucosa vaginale normale a picco e la sua altezza è rappresentata dallo spessore normale della membrana mucosa, lievemente rigonfia per iperemia sulla superficie anteriore e posteriore. Non vi è alcun indurimento ai margini della superficie ulcerata. I gangli linfatici della pelvi non sono affetti.

Dall'esame dei tre casi riferiti si rileva come il progresso della malattia fosse estremamente lento e durasse molti anni prima di dar luogo alla terminazione letale ed anche semplicemente a sintomi inquietanti. L'età alla quale si osservarono i primi sintomi della malattia fu a 52 anni in un caso, a 59 nel secondo, a 54 nel terzo. Clark non vide mai la malattia prima dei 40 anni, e scrive che essa occorre abitualmente fra i 40 ed i 45 anni. Churchill l'osservò in una età anteriore. Lo scolo vaginale varia di carattere nei diversi periodi della malattia. Nei primi anni il dolore è scarso, diventa intenso solo quando la cervice è stata distrutta ed allora è parossistico e dovuto apparentemente all'accumulo di liquido nella cavità uterina.

L'esame microscopico della porzione vaginale ed uterina dell'ulcera fatta da Williams dimostra che la malattia non è nè cancro nè epitelioma. La base della ulcerazione è formata dai tessuti della regione con alcune piccole cellule rotonde. Queste cellule rotonde non penetrano profondamente nei tessuti, ma sono limitate agli strati superficiali. Qualunque sia la natura del processo, conchiude l'antore, egli è certo che Giovanni e Carlo Clarke descrissero sotto il nome di ulcera corrodente una malattia clinicamente e anatomicamente distinta dal cancro in ognuna delle sue forme.

Discussione.

Il presidente *Gervis*, opina, che l'affezione in questione debba ora essere tolta dalla lista delle malattie cancerose o cancroidi.

Priestley osservò la malattia nella sua forma caratteristica più di una volta e forse un più gran numero di casi potrebbe ricordare se non avesse escluso

quelli in cui avvertiva attorno all'ulcera margini indurati. La descrizione che Carlo Clarke fa dell'ulcera corrodente è chiara e precisa e differisce notevolmente da quella di ogni altra malattia scirrosa, encefaloide o epiteliale. Nell'ulcera corrodente non vi sono nè margini indurati, nè fissazione delle parti vicine, la malattia è di lunga durata e uccide sicuramente benchè lentamente per le perdite esaurienti. Anche il carattere del dolore è peculiare, essendo questo rappresentato piuttosto da un senso di calore e bruciore che dalle fitte lancinanti del cancro. Se gli occorresse un caso di ulcera corrodente della bocca uterina, in un periodo sufficientemente precoce, egli cercherebbe di distruggerla coll'acido nitrico, col nitrato acido di mercurio, col bromo, col cauterio attuale.

Matthews Duncan crede che la malattia appartenga al dominio delle affezioni conosciute e descritte forse un po' vagamente col nome di lupus.

William A. Duncan crede che i casi di Williams erano primitivamente di lupus, che assume ad un periodo tardivo natura epiteliomatosa, come può occorrere in altre parti del corpo.

Chalmer opina che i casi di ulcera corrodente sono meno rari di quelli che parrebbero indicare le parole dei precedenti oratori. Due casi ne osservò lui pure negli ultimi due anni, uno in una donna al disotto dei quaranta, l'altro in una donna più che settantenne.

Galabin chiede al Dott. Williams se abbia posto mente esservi una relazione od una analogia qualsiasi coll'ulcera cosidetta corrodente della pelle, poichè merita essere ricordato che si ebbe difficoltà nello scoprire la natura neoplastica di detta affezione che di spesso fu risguardata come una ulcerazione maligna ed ora si conviene nel riconoscerla come un semplice cancro corrodente. In due dei casi di Williams un'apparenza di neoplasma la si potrebbe scorgere nei tubercoli che si trovavano al margine. D'altra parte la sola alternativa parrebbe essere questa di considerare questa affezione come lupus, o come un neoplasma che potrebbe essere chiamato cancro nell'ampio senso clinico di malignità se non di carcinoma nel carattere istologico. Nel caso di ulcerazione maligna del corpo uterino a cui si riportavano Priestley e Duncan egli ebbe l'opportunità di fare l'esame microscopico. In quel caso eravi una considerevole infiltrazione che inspessiva le pareti dell'utero, quantunque essa non offrisse il carattere carcinomatoso, ma consisteva specialmente di piccole cellule simili a leucociti e rassomiglianti alle cellule descritte di Williams nel suo caso. Egli era propenso a credere che tale infiltrazione cellulare fosse piuttosto di natura neoplastica che infiammatoria e ciò tanto più perchè nel caso di Duncan tali cellule differivano in alcuni luoghi dai leucociti essendo unite da processi spinosi.

John Griffith ebbe in sua cura un caso in cui la malattia probabilmente simile a quella in discussione, colpiva la cavità uterina in una donna di anni 30. Eravi pochissimo dolore e non eravi infiltrazione ghiandolare: ebbe terminazione fatale dopo due o tre anni per emorragia infrenabile. Non fu permessa alcuna autopsia, ma il segmento sinistro dell'organo, proprio prima della morte, presentavasi enormemente infiltrato.

Herman ebbe pure in sua cura un caso di peculiare ulcerazione della vagina che cominciava come gangrena nera circoscritta, le escare cadevano e lasciavano una superficie ulcerosa; queste ulcere guarivano e se ne formavano di nuove per eguale processo. Ma eranvi tubercoli analoghi a quelli del lupus, il trattamento antisifilitico fu inutile, le ulcere non erano inoculabili e la salute generale non ne soffriva. Nel museo del London Hospital havvi un esemplare donato da Ramsbotham, di ulcerazione dell'intiera superficie interna dell'utero che era assottigliato ed espanso e presentava una perforazione della sierosa.

Routh ne osservò due casi eguali a quelli ricordati da Williams. Le parti circostanti non presentavano indurimento di sorta e l'utero era perfettamente mobile: ed è questa assoluta mancanza d'indurimento che lo fa dissentire dall'avviso di Duncan, poichè egli non vide mai un caso di lupus senza indurimento ed ipertrofia ad esso associati. Un altro fatto notevole ne' suoi casi si fu che non si appalesò un processo di riparazione qualsiasi in seguito alla cura locale, mentre nei casi di lupus tale processo avverasi almeno parzialmente. Egli provò l'acido nitrico, il nitrato di mercurio, il bromo, il cauterio attuale senza il minimo vantaggio.

Aveling dice che Rigby credeva che il senso di *bruciore* che accompagna tale forma ulcerativa ne fosse un sintoma speciale e chiede a Williams se egli annette ad esso speciale importanza nel formulare una diagnosi differenziale.

Williams risponde che l'ulcera rodente della pelle era un epitelioma che aveva punto di partenza dai follicoli dei peli e dalle ghiandole sudorifere e che l'ulcera corrodente della cervice uterina non poteva essere tale. Uno de' suoi casi pareva essere di lupus, perchè l'anello di tubercoli colla cicatrice non poteva essere altro. Egli non aveva fatto esame microscopico perchè la paziente era tuttora viva. Il terzo caso, a suo avviso, era un caso di gangrena senile che progrediva lentamente e dipendeva da ateroma delle iliache interne e delle loro branche da ambo i lati. Egli aveva usato il termine maligno nel senso di incurabile.

II. **Walter Kilner.** — *Sui vantaggi della corrente indotta nell'atto del parto.*

Negli ultimi anni egli l'applicò in circa 300 casi, e ne fu talmente soddisfatto da credere che il rocchetto d'induzione debba prendere posto fra gli strumenti ostetrici. I due reofori erano tenuti applicati sul ventre da acconcia fasciatura, lasciando così libere le mani. Egli mette in azione la corrente ogniqualvolta incomincia la contrazione uterina e la riprende quando termina. I vantaggi osservati sono i seguenti: il dolore è diminuito, la fatica prevenuta, si impedisce l'emorragia post-partum, le contrazioni uterine si fanno più frequenti e più forti, non si producono la nausea ed il vomito.

Discussione.

Il *Presidente*, premessi i ringraziamenti della Società per il lavoro presentato, dice che il conseguimento di un mezzo che pure aumentando l'azione uterina diminuiva nello stesso tempo il dolore del parto, sembrava quasi aspirazione troppo bella perchè potesse essere realizzata. La sua esperienza si limitava all'applicazione della corrente indotta come mezzo per provocare il parto prematuro e come eccitatore dell'azione uterina nei casi di emorragia post-partum. Ma l'esperienza del Dott. Kilner è così soddisfacente che egli non poteva a meno di esprimere la speranza che si fosse alla vigilia di un importante progresso nel governo del parto naturale.

Playfair aveva già letto una comunicazione di Kilner su tale argomento e per molto tempo fu solito portare con sè una batteria elettrica ad ogni travaglio a cui assisteva onde fare buona ed estesa prova della elettricità. Il suo giudizio non era preformato contro di essa, al contrario egli sperava di trovare in esso un valido aiuto, ma sfortunatamente i risultati non corrisposero alla sua aspettazione. Potrebbe darsi che ciò fosse dovuto in parte al suo difetto di esperienza nelle manipolazioni elettriche, ma il Dott. Kilner doveva pure riconoscere che se l'elettricità aveva bisogno per essere applicata di abilità tecnica affatto speciale, mancava ad essa un requisito per venire in uso generale. Egli riconosceva, benchè non nella stessa misura di Kilner, che la corrente indotta diminuisce il dolore, ma paragonato cogli anestetici, compreso fra questi il cloralio, la sua azione era troppo insignificante per essere messa a confronto con quella degli anestetici, che pure, colle debite cautele, potevano, secondo la sua esperienza, essere amministrati impunemente. Riguardo poi alla sua azione ossitocica, la sua esperienza non è per nulla soddisfacente. Il Dott. Kilner ne paragona l'azione a quella della segale, che egli proscrive finchè l'utero non sia vuoto, non impiegando nel corso del travaglio che il chinino e con efficacia molto superiore la pressione uterina bene applicata che egli si meraviglia di vedere ignorata da molti e che colloca molto al di sopra della elettricità, se applicata giudiziosamente quale mezzo per aumentare l'intensità della contrazione uterina.

Walter è favorevole al suo impiego nei casi di inerzia e di emorragia post-partum avendo avuto da essa in alcuni casi risultati migliori che non dall'ergotina, dalle frizioni, dalle manipolazioni interne colla mano.

Horroks osserva che delle tre forme di corrente elettrica, statica, galvanica, faradica, le due prime vennero abbandonate nella pratica ostetrica da tutti coloro che le esperimentarono. Si dice che la corrente faradica sui muscoli indirettamente per la via nervosa, perchè il muscolo stesso non è eccitabile direttamente da essa. Per cui alcuni procurarono di eccitare direttamente i plessi nervosi uterini ed altri il centro riflesso ipotetico del parto: di straordinaria importanza è il metodo di applicazione, e dovrebbesi sempre accennare alla natura dei reofori ed al loro modo e luogo di applicazione. Senza l'uso di apparati costosi è impossibile misurare la forza di una corrente faradica ed è quindi giuocoforza li-

mitarsi alle espressioni debole, media, forte. Altri che hanno esperimentato la corrente faradica hanno trovato che essa provoca molto dolore, e difficilmente sa comprendere come Kilner non ne abbia provocato se ha fatto uso di una corrente sufficientemente forte. Se la corrente faradica è applicata nelle arterie induce dapprima notevole contrazione a cui segue dilatazione e conseguente diminuzione della tensione arteriosa. Potrebbe avvenire lo stesso per l'utero con evidente pericolo? È certo molto importante essere rischiarati sull'influenza che il faradismo ha sovra l'utero, e se potrebbe, per es., condurre al parto prematuro. A questo ultimo riguardo l'esperienza di Barnes, Jacquard, Saint-Germain non è punto favorevole.

Murray l'usò nei casi di emorragia e ne trovò la sua efficacia molto dubbia in confronto di quella di altri mezzi.

Barnes trovò che le contrazioni uterine potevano essere iniziate e rese intense colla applicazione della corrente faradica. In un caso la vescica era eccitata a contrarsi con molta noia dalla paziente. Pure, rimanendo convinto della utilità dell'agente, egli aveva cessato di ricorrere ad esso, in parte per il dolore che qualche volta induceva, in parte per l'inconveniente di portare in giro una batteria. Ma il Dott. Kilner trova che il dolore ne viene diminuito e l'apparecchio che egli porta è così piccolo che ogni difficoltà parrebbe rimossa. Egli fu particolarmente colpito dalla evidenza con cui Kilner dimostrò il potere della corrente nel diminuire la tensione arteriosa in pochi secondi, e per questa via potrebbero essere diminuiti il vomito e gli altri disturbi affini della gravidanza e del parto.

Routh non ha esperienza per quel che riguarda l'uso della elettricità in ostetricia, ma per analogia dei vantaggi avutine in determinate forme morbose, crede di potere argomentare il suo valore in alcuni travagli tediosi.

Kilner in risposta alle obbiezioni di Playfair dice che la corrente indotta non ha certamente l'efficacia di un anestetico nel sollievo del dolore, poichè raramente lo toglie del tutto, ma pure lo mitiga tanto da non lasciare il desiderio di un anestetico. Sugli anestetici ha poi il vantaggio di non produrre nausea o vomito così comuni coll'uso di questi, e nello stesso tempo inducendo una perfetta contrazione dell'utero e diminuendo la tensione arteriosa toglie il pericolo di una emorragia post-partum. La trova anche preferibile alla premitura uterina inducendo questa fastidio e la corrente diminuendo il dolore.

III. **Arthur Mitchell.** — *Le forti emozioni morali che colpiscono la donna nella gravidanza considerate come causa di idiozia del prodotto del concepimento.*

Le forti emozioni che occorrono durante la gravidanza sono considerate frequentemente dalle madri come causa di idiozia dei loro nati. Nella maggioranza dei casi pervenuti a sua notizia non eravi ragione di accettare tale causa,

poichè o forti tendenze ereditarie o gravi e protratte malattie nell' infanzia o pressioni gravi e prolungate sul capo all' atto del parto apparivano, nella storia del bambino, come cause più adequate nella produzione dell'effetto osservato. Egli è però lontano dal ritenere che il feto non sia per nulla influenzato quando una donna gravida prova un violento eccitamento o una profonda depressione, potè anzi convincersi del contrario ripetutamente, e riporta in appoggio 6 osservazioni, aggiungendo che nelle sue note trova altri 22 casi più o meno simili ai riportati. Riguardo al modo con cui si esercita questa influenza, egli ritiene che non si trasmetta direttamente al feto, ma che tali cause agiscano influenzando prima la salute generale della madre.

La breve discussione seguita a cui presero parte West, Gletcher, Beuch, Cleveland, Duncan, Smith non aggiunse documenti nuovi per lo studio dell'importante questione, nè si pronunciò una corrente decisamente favorevole o contraria alle idee emesse dal relatore.

IV. **Playfair.** — *Nota sull' assorbimento, con esito di guarigione, di un trombo dell'arteria polmonale nello stato puerperale.*

L' autore aveva già richiamato ripetutamente l'attenzione dei pratici sulla possibilità della guarigione in alcuni casi rari ed eccezionali dopo la formazione di un trombo nell'arteria polmonare.

Riferisce ora un nuovo caso, in cui, a suo avviso, non è possibile altra interpretazione clinica. Alle 2 pom. del 24 ottobre fu chiamato ad assistere una signora nel suo primo travaglio che era cominciato colla rottura delle membrane. Essa aveva 24 anni ed aveva sempre goduto di buona salute. Si presentava il vertice in prima posizione. La mattina del giorno successivo la bocca uterina era quasi intieramente dilatata, ma la testa non s'impegnava per cui dubitava trattarsi di lieve strettezza pelvica ed applicò il forcipe di Simpson a trazione secondo l'asse ed estrasse non senza grande difficoltà un feto maschio vivo. Ventiquattro ore dopo la liberazione la paziente ebbe un leggero brivido e la sera del 26 la temperatura era a 106,2 F. ed il polso a 144. Il rapido elevarsi della temperatura a così formidabile altezza ed il polso debole e celere come di collasso gli fecero temere che nel difficile e protratto travaglio, fosse avvenuta una grave lesione, ma un esame diligente non fece scorgere che una lieve lacerazione della forchetta. Il giorno successivo la temperatura era a 102, ma la caduta della temperatura non era accompagnata da alcun miglioramento nelle condizioni della paziente. A tale punto egli avvertì un distinto rumore di soffio al margine sinistro dello sterno nello spazio tra la seconda e la terza costa e limitato ad una piccola aerea, mentre l'azione del cuore era tumultuosa ed irregolare. Il terzo giorno la paziente stava peggio, aveva avuto parecchie scariche liquide ed eravi poca speranza che sopravvivesse la notte. Villiam Zenner consultato alla sera aveva riconosciuto il rumore di soffio nella polmonare. Alle 5 ant. del sesto giorno si riebbe alquanto benchè rimanesse sempre in una situazione critica. Ne seguì una lunga ed angosciosa malattia, che non crede inutile seguire passo passo. Per circa sette settimane la temperatura oscillò da 100 a 104 ed il polso da 90 a 120, durante il qual tempo non vi furono sintomi definiti, eccet-

tochè il rumore polmonare accompagnato da attacchi occasionali di dispnea e da azione irregolare e tumultuaria del cuore. Non variò mai nè la sede nè il ritmo del rumore, notevolmente invece la sua intensità qualche volta così debole da essere appena udibile diventava breve tempo dopo intensissimo ed aspro, e tali esacerbazioni erano sempre accompagnate dai sintomi accennati. Verso la quarta settimana questi cominciarono a diminuire di frequenza e d'intensità, e la paziente potè cominciare a muoversi a letto senza provare dispnea. Verso la settima settimana il rumore scomparve completamente e la convalescenza si stabilì perfettamente.

L'autore si dimanda se questo ed i casi analoghi possano spiegarsi altrimenti che colla ipotesi dell'assorbimento di un trombo depositatosi nell'arteria polmonare e nelle valvole. Quasi ad illustrazione del caso esposto ebbe poco tempo dopo occasione di osservare un altro caso molto istruttivo nella moglie di un medico. Il travaglio era stato facile e la convalescenza non interrotta fino all'epoca della sua visita tre settimane dopo il parto, epoca nella quale fu improvvisamente colpita da violenta dispnea e trovossi in grave ed imminente pericolo. Il Dott. Broadbent aveva avvertito la presenza di un rumore sull'arteria polmonare ed aveva diagnosticato una ostruzione della polmonare. Alcuni giorni dopo si sviluppò una flegmasia alba dolens ed egli fu chiamato a visitare la paziente e trovò ancora distinto il rumore polmonare.

Discussione.

Broadbent era lieto di aggiungere altri particolari riguardo al secondo caso accennato da Playfair. Il travaglio era stato protratto e la paziente molto esausta e da quel tempo la temperatura aveva oscillato considerevolmente, di spesso raggiungendo una grande elevazione e raramente o mai discendendo alla norma: vi erano state due o tre parossismi di dispnea. Alla sua prima visita, circa tre settimane dopo il parto la trombosi aveva già avuto luogo non nell'arteria polmonare ma nella orecchietta destra ed il rumore udito era un peculiare murmure triplo sul margine destro dello sterno che rassomigliava ad uno sfregamento dell'orecchio. Dapprima si suppose che la trombosi cardiaca fosse secondaria ad una flebite uterina o pelvica ma non eravi traccia alcuna di malattia uterina o periuterina. Invece aveva inizio una flebite nella vena tibiale posteriore di sinistra. Nell'intervallo fra la prima visita e una fatta alcuni giorni più tardi una porzione di trombo era stata cacciata dal cuore destro ed erasi annidata nella parte inferiore del polmone sinistro, dando origine ai sintomi ordinarii dell'embolismo polmonare. Non era ora più udibile il rumore auricolare ma eravi un rumore sistolico nell'arteria polmonare ed era oscuro il secondo suono della polmonare. Si aggiunse allora una trombosi della vena iliaca destra che aumentò le sofferenze ed i pericoli della paziente. L'ammalata guarì completamente. Fu il solo caso in cui si osservò la guarigione dopo segni fisici evidenti di trombosi nel cuore destro.

Barnes è pienamente convinto di aver osservato casi di guarigione di embolismo polmonare e Wiltshire ne osservò pure un caso.

V. **Matthews Duncan.** — *Sulle rivoluzioni fetali.*

I movimenti di flessione, estensione e rotazione sono famigliari agli ostetrici ma lo stesso non può essere detto delle rivoluzioni: alcune sono bene riconosciute e descritte ma non riconosciute come tali, altre sono confuse colle rotazioni. L'autore chiarisce il concetto di rivoluzione e le differenze fra rivoluzione e rotazione, adducendo esempii illustrativi. Per rotazione intende un movimento sopra un asse interno che può essere centrale od eccentrico; rivoluzione è un movimento sopra un asse o centro all'esterno del corpo che si muove. Nella rotazione i movimenti del tutto o delle parti descrivono dei circoli o parte di circoli se il corpo, come massa è stazionario. Nella rivoluzione il movimento può essere o non essere circolare e non implica il ritorno al punto di partenza se la rivoluzione fosse continuata.

Galabin fa oggetto di critica le distinzioni di Duncan con argomenti tratti dalle discipline matematiche e ad esso risponde Champneys dicendo che le parole rotazione e rivoluzione sono famigliari a tutti coloro i quali sanno che la luna rota attorno al proprio asse e compie una rivoluzione attorno alla terra, mentre lo stesso non può dirsi delle espressioni matematiche elaborate enunciate da Galabin. Dette parole esprimono i fatti con sufficiente accuratezza e sono utilissime a scopo didattico.

VI. **Matthews Duncan e J. B. Harry.** — *Sulle estensioni o retroflessioni del feto e specialmente del tronco durante la gravidanza.*

Nella normale attitudine del feto, tronco, capo, arti sono moderatamente flessi. L'estensione o retroflessione loro costituisce una condizione morbosa, dovuta o a momenti meccanici o a speciali malformazioni del feto e sono riportati e illustrati esempii di estensione di ciascuna sezione del corpo, accompagnati da numerose incisioni, per cui, male prestandosi il lavoro ad una rassegna, si rimanda il lettore alla lettura dell'interessantissima memoria.

VII. **Hopkins Walters.** — *Sull'avulsione post-partum dell'utero seguita da guarigione.*

L'avulsione venne fatta dalla levatrice sopra donna IIIpara a bacino normale, volendo estrarre la placenta. In quale modo avvenne la mutilazione? Ecco la spiegazione data dalla levatrice. Dieci minuti dopo la nascita del bambino vedendo come la placenta non fosse espulsa, essa tirò sul cordone che si ruppe. Allora introdusse la sua mano in vagina, premendo coll'altra al disopra del pube e sentendo una sostanza dura, che s'immaginò essere la placenta, fece presa e tirò su di essa onde estrarla. Insistendo la paziente perchè le si concedesse un po' di riposo estrasse la mano per un po' di tempo. Fece dopo un secondo tentativo e afferrata la massa che si presentava estrasse ad un tempo e massa e

mano. Essa negò di aver esercitata molta forza, e disse di essersi limitata ad afferrare la sostanza accennata fra le dita ed il pollice. Ma secondo l'attestazione dei presenti ella avrebbe dispiegato un grado notevole di forza. Soltanto vedendo la protrusione dell'omento la levatrice che pare di nulla essersi accorta mandò per il medico, il quale legò ed escise la parte fuoriuscita di omento.

L'utero avulso era completo, misurava sei pollici e mezzo in lunghezza, quattro e mezzo in larghezza, due e mezzo in spessore. L'utero è ben contratto e vuoto, non involuto; all'avanti, la separazione tra utero e vagina si effettuò alla linea di loro unione: posteriormente un lembo semicircolare di vagina di un pollice circa e mezzo di lunghezza è attaccato all'utero e vicino all'unione di questo colla cervice trova una lacerazione parziale e contusa come se un dito fosse penetrato in quel punto attraverso la parete vaginale. Rimasero aderenti al lato sinistro dell'utero un pollice e mezzo del legamento ovarico, un pollice della tromba di Falloppio e circa quattro pollici del legamento rotondo, del legamento largo non havvi che i suoi estremi attacchi uterini superiori ed inferiori. A destra il legamento largo è intiero essendo stato divelto da' suoi attacchi pelvici e vi sono quattro pollici e mezzo del legamento rotondo; l'ovaio col suo legamento e la tuba Falloppiana colla sua estremità fimbriata.

L'autore con diligenti ricerche riuscì a riunire 36 casi di avulsione accidentale dell'utero puerperale, ma non dubita punto che un numero sconfortante da tali evenienze si sarebbe raggiunto se i secoli passati fossero stati così ricchi di letteratura periodica come il nostro. I casi raccolti si dividono naturalmente in due classi secondochè furono o no accompagnati da inversione, il che importa anche per le gravi questioni medico-legali che possono insorgere. Alla prima classe appartengono ventidue casi e di questi undici furono seguiti da guarigione: in undici casi non è ricordato se l'utero fosse o no arrovesciato prima della sua avulsione e di questi ultimi guarirono due. Casi analoghi al proprio l'autore ne trovò altri due, quelli di Popplewell e Hartwig, nei quali indubbiamente l'utero non subì inversione: di questi tre casi, due furono seguiti da guarigione.

In nessuno dei casi di avulsione dell'utero dopo la sua inversione, questa coesisteva colla rottura del suo segmento inferiore o con lacerazione della vagina per cui opina l'autore che in simili casi vi sarà poca difficoltà per il perito sul valutare il grado di responsabilità criminale. Ma altrimenti corre la cosa quando non si possa dimostrare con evidenza che non esisteva inversione prima dell'avulsione, per la grande difficoltà o impossibilità di dimostrare che rotture della cervice uterina, separazione dagli attacchi vaginali e lacerazione della porzione superiore della vagina non abbiano avuto luogo spontaneamente durante il parto e prima della rimozione dell'utero. Molti esempi possono infatti portarsi in campo che tali lacerazioni non sono necessariamente incompatibili col parto spontaneo. In questi casi sarà quasi impossibile l'affermare che la separazione non sia stata cagionata o favorita dalla spontanea lacerazione avvenuta durante il travaglio.

Discussione.

Aveling dimanda se è stata intentata un'azione penale contro la levatrice: egli scorge in questo caso un'altra prova della necessità di una legge che migliori l'attuale classe ignorante e pericolosa delle levatrici.

Braxton Hicks pensa che nel caso narrato eravi già una lacerazione all'unione dell'utero e della vagina e che la levatrice passando la mano per rimuovere la placenta ha disconosciuto le diverse parti, prendendo la lacerazione per la bocca uterina e l'omento per la placenta. In alcune donne a deboli tessuti, data una piccola lacerazione non si richiede molta forza per estenderla tutta all'ingiro. I legamenti larghi non offrono gran resistenza essendo tessuti

delicati e piuttosto tramiti per condurre all'utero i vasi sanguigni. I legamenti rotondi restano quindi i soli attacchi e non deve essere necessaria molta forza per lacerare questi, e si comprende come si possa passare la mano attraverso la lacerazione vaginale, credendo questa la flaccida bocca uterina ed afferrando l'utero per errore trarlo in basso lacerando le parti sino allora illese. Quando l'utero è staccato dalla vagina in gran parte e da metà degli altri attacchi egli comprende anche come il resto possa essere compiuto dagli sforzi espulsivi della paziente.

Herman dice che la memoria di Hopkins Walters, le cui conclusioni furono corroborate dalle osservazioni di coloro che presero la parola su di essa, ha dimostrato che in certe condizioni l'avulsione dell'utero può essere effettuata con estrema facilità e che in tale errore incorsero medici rispettabili, e che la natura eccezionale di alcuni casi simili ci farebbe esitare prima di condannare un medico, peggio poi quando si tratti di una levatrice meno istruita.

Il *Presidente* si sentiva in obbligo di dire che mentre in ogni caso si richiede un accuratissimo esame delle circostanze e nessun giudizio frettoloso deve essere portato sopra chiunque, sia medico o levatrice, pure l'avulsione di un intiero utero arrovesciato o no, deve essere sempre riguardato come un accidente gravissimo e tale da involgere la più seria responsabilità.

Braxton crede che l'inversione di un utero recente si manifesta invariabilmente coll'assenza del tumore uterino al disopra della sinfisi, ed il pratico il quale non si assicura su questo punto con un esame accurato e procede ad operare potrebbe essere riguardato dalla legge come incompetente ed anche come criminoso.

Barnes dice essere facile condannare ingiustamente un uomo per errore. Egli è un fatto che l'utero potrebbe o per opera degli sforzi naturali o coadiuvati questi da lievi e non colpevoli manipolazioni essere intieramente staccato. Casper ricorda un caso in cui anche i legamenti larghi furono lacerati per forza spontanea. Essendo l'utero così sciolto, la mano, introdotta per rimuovere la placenta, potrebbe trascinar fuori anche l'utero ed il pratico non essere in colpa. Coloro la cui esperienza è più vasta vorranno in simili casi giudicare gli attori colla massima indulgenza.

VIII. **Graily Hewitt.** — *Sul vomito incoercibile della gravidanza.*

Dopo avere ricordato che le cause più disparate possono dar origine a vomito incoercibile nella gravidanza, la quale in simili casi non è che una accidentalità, una complicanza, rivolge la sua attenzione ad un'altra serie di casi e a studiare l'influenza che può avere la condizione morbosa dell'utero stesso nel dare origine alla malattia in questione. Riporta quindi una tavola in cui sono riassunti 32 casi nei quali la condizione del corpo uterino fu osservata e ricordata, e ne aggiunge una seconda in cui sono accennate le cose principali referentisi a 13 casi nei quali era stata avvertita in modo speciale l'abnorme condizione della bocca e della cervice uterina. Dall'esame di detti casi trae alcune conclusioni che interessa il riportare.

1. I casi nei quali la malattia è dovuta a malattie di altri organi che non sieno l'utero sono così poco numerosi da non meritare di essere presi in considerazione. Così soltanto in uno dei 32 casi riportati nella prima tavola la malattia non avrebbe un'origine uterina.

2. Nella gran maggioranza di casi la malattia si presenta nella prima metà della gravidanza.

3. Nella gran maggioranza di casi indicati nella prima tabella il corpo uterino trovavasi incarcerato nella pelvi in stato di antiflessione od antiversione, in pochi l'incarceramento era dovuto a retroflessione o retroversione. Riguardo ai casi indicati nella seconda tavola disgraziatamente si parla soltanto dello stato della bocca e della cervice uterina e nessuna menzione è fatta riguardo alla presenza od assenza di spostamenti uterini: vi si trovano ricordate la durezza, la resistenza, la rigidità della bocca e della cervice uterina.

4. Ne segue che devono considerarsi due fattori entrambi capaci, dato lo sviluppo uterino, di indurre la malattia: *a*) incarcerazione dell'organo nella pelvi associata con flessione o versione; *b*) Indebita durezza o rigidità dei tessuti della cervice o di quelli situati attorno all'orificio interno.

Egli è evidente che in un dato caso i due fattori riuniti potranno cooperare alla produzione degli effetti osservati. Ma quale dei due fattori è il più importante? L'esame della prima serie di casi dimostra all'evidenza che la riposizione dell'utero arresta il vomito, come i casi della seconda ci indicano che la dilatazione della cervice e dell'orificio uterino interno producono lo stesso effetto. Ed in entrambe le serie vi sono casi che dimostrano l'importanza di ciascuno dei due fattori, spostamento e rigidità. In un caso, per es., il vomito, quantunque l'utero fosse in buona posizione, non cessò, finchè la cervice estremamente rigida non fu dilatata, e dall'altra parte in un caso la dilatazione riescì infruttuosa finchè l'utero rimase incarcerato. L'analisi critica dei casi della seconda serie induce però l'autore a dare maggiore importanza allo spostamento uterino, poichè molti di essi non è improbabile fossero realmente casi di spostamento uterino nei quali le manipolazioni richieste per effettuare la dilatazione della cervice uterina, ebbero l'effetto incidentale di liberare un utero incarcerato.

Importante è la conoscenza nei casi di vomito incoercibile della storia della paziente, prima della gravidanza, ed in quei casi nei quali tale storia è conosciuta questa parla a favore dell'opinione che l'utero era già spostato e alterato prima del concepimento. Le osservazioni di Copeman e la diminuzione e scomparsa del vomito mediante la dilatazione della cervice e dell'orificio uterino verrebbero in appoggio dell'opinione essere riposta la causa dell'irritazione che induce il vomito nell'indurimento e conseguente compressione dei filamenti nervosi nella parte più colpita per la flessione dell'utero. Alla obbiezione che si incontrano molti casi in cui malgrado la flessione non havvi vomito risponde che anche fuori dello stato di gravidità si vede come talvolta le flessioni dieno origine a vomito e qualche volta no. Egli osservò e pubblicò casi in cui la morte pareva imminente per il vomito ostinato dovuto ad una flessione. Il vomito è un atto riflesso ed una data irritazione dell'utero qualche volta eccita e qualche volta no l'azione riflessa dello stomaco, il che si ammette per altri atti riflessi che ci sono famigliari. Una data irritazione non sempre è seguita da un disturbo riflesso quantunque i casi conosciuti concedano la conclusione che havvi una connessione di causa e di effetto nei casi in questione. Nè ci sorprende il fatto che gli spostamenti all'indietro non sieno così di frequente accompagnati da vomiti come gli spostamenti all'avanti. Essi sono numericamente meno comuni ed anche fuori dello stato di gravidità si osserva lo stesso fatto. Egli del fatto darebbe la seguente interpretazione. Quando l'utero è retroverso o retroflesso, espandendosi il corpo uterino per la gravidanza, la cervice è abbastanza libera di muoversi all'alto verso la parte superiore della sinfisi pubica, mentre la concavità sacrale offre sulle prime ampio spazio all'utero che si espande. Havvi così maggiore probabilità che il grado di flessione diminuisca, se esisteva, e nei casi di utero semplicemente retroverso l'aumento di mole non è accompagnato almeno sulle prime da compressione al punto di unione del corpo e della cervice. Nei casi di antiflessione, coll'aggiunta della gravidanza, se l'utero non si eleva fuori della pelvi, un aumento del grado di flessione esistente occorre quasi di necessità ed una conseguente compressione al punto di unione

della cervice e del corpo dell'utero. In altre parole la pelvi non è egualmente adatta a permettere l'espansione dell'utero nei casi di antiflessione o di retroflessione.

Riguardo alle norme che devono guidare il trattamento, esse sono additate dalle idee esposte riguardo alla patogenesi dell'affezione.

Discussione.

Champneys non crede che l'autore abbia risposto sufficientemente alle obbiezioni che già prevedeva. Esatte e recenti investigazioni hanno dimostrato che l'antiversione e l'antiflessione costituiscono una condizione comune nei primi tempi della gravidanza esistendo nell'80 per cento circa dei casi. Di più anche in puerperio è un fatto frequentissimo eppure il vomito è una contingenza rarissima. L'ipotesi che la flessione, come tale, disturbi la circolazione uterina, non è stato ancora dimostrata da esperimenti. La subita cessazione del vomito in alcuni casi ricordati nella memoria è una ben nota occorrenza in simile varietà di vomito e non può dare che precario fondamento alla teoria emessa. D'altronde i casi ricordati sono privi di molti dettagli necessarii a formare un giudizio.

Galabin. L'antiflessione è comunissima nei primi tempi della gravidanza, talchè egli è solito ad insegnare che associata con espansione del fondo costituisce uno dei più validi segni di gravidanza. A dimostrare che certe condizioni sono frequentemente associate col vomito incoercibile è necessario dimostrare pure che la loro rimozione rimuove anche il vomito. Ma il numero dei casi in cui ciò venne dimostrato è troppo scarso perchè si possano ritenere l'antiversione e l'antiflessione come cause d'importanza. Nel considerare la genesi di tale affezione è bene mettersi in mente che il vomito eccessivo non è che l'estremo grado del vomito comune nella gravidanza. Risulta allora chiaro che la tensione causata dall'uovo in aumento è un elemento importante di causalità. Se l'uovo muore non solo altri segni ma anche il vomito della gravidanza generalmente cessano. Il vomito eccessivo causato dalla rapida distensione per mola idatiforme appoggia la stessa conclusione. Si comprende allora come, dato un sistema nervoso iperestesico, quando vi sia in aggiunta qualche speciale condizione morbosa dell'utero che renda i nervi ipersensibili, possa prodursi un vomito eccessivo. Tale morbosa condizione potrebbe essere l'infiammazione, l'indurimento ovvero l'effetto di gravi spostamenti: riguardo a questi egli era però più propenso ad assegnare maggiore importanza alla retroversione specialmente con incarceramento dell'utero che all'antiversione. I benefici effetti della dilatazione della cervice da lui parecchie volte osservati non si spiegavano a sufficienza colla teoria dell'autore. È difficile comprendere pienamente il *modus operandi* del metodo di Copeman. Se la continua tensione colpisce in modo particolare il margine dell'orificio interno, sede speciale di azioni riflesse in travaglio, potrebbe darsi che tale fonte d'irritazione venisse tolta o colla iperdistenzione dei nervi o colla rottura di alcune fibre. Egli non può comprendere come l'utero possa essere sempre incarcerato nell'antiversione o nell'antiflessione nei primi tempi della gravidanza. Non havvi alcun punto resistente analogo all'angolo sacrale che impedisca la sua elevazione. Se non come effetto di aderenze o di tumori egli non vide mai un caso in cui il fondo uterino offrisse resistenza ad essere risospinto, paragonabile a quella che s'incontra in casi di retroversione con incarceramento.

Barnes. Il vomito incoercibile della gravidanza è un esempio di un processo fisiologico che oltrepassa i limiti fisiologici. L'alta tensione nervosa o vascolare della gravidanza è una fattezza che la mette in contrasto diametrico col puerperio; ad essa dobbiamo dimandare la spiegazione di molti fenomeni che

si osservano in gravidanza. Se l'occasionale eccesso di energia nervosa non trova una valvola di sicurezza, condizioni pericolose possono seguirne. L'irritazione, che, prima del parto, può provocare vomito od altre forme di convulsioni, diventa innocua in puerperio, deve quindi scartarsi l'argomento che l'antiversione non induce vomito fuori della gravidanza. Studiando diligentemente le cause che concorrono a produrre il vomito incoercibile si trova che la causa eccitante il più delle volte ha sede nell'utero. La spiegazione data da Hewitt del fatto ordinario che il vomito occorre comunemente al mattino quando la paziente si alza, cioè quando per la stazione verticale la flessione è aumentata, non può a suo avviso essere messa affatto da parte, poichè contiene un elemento di verità. Egli lo spiegherebbe parzialmente colla teoria di Bretonneau che il vomito è dovuto alla rapida distenzione della fibra uterina: questa poi sarebbe indotta dal subito aumento della ripienezza vasale uterina per la pressione idraulica. Ciò avviene puramente quando i centri nervosi si trovano al più alto grado di eccitabilità periodica, cioè, dopo il riposo, ed anche quando, per il digiuno, è più debole la forza resistente o inibitoria. Procedendo il giorno, il vomito mattutino porta il sistema nervoso in equilibrio, le forze sono ristorate dall'alimento, il vomito comunemente cessa benchè la flessione rimanga. Ma il vomito può eccedere i limiti fisiologi, la nutrizione è compromessa, ed il sangue inquinato aumenta la irritabilità dei centri nervosi e così si entra in un circolo vizioso poichè il vomito aumenta la irritabilità nervosa e questa risponde alla menoma provocazione. La situazione diventa allora critica: ogni atto di vomito è uno shock, la tensione continua, il potere di controllo è perduto; dinota quindi l'analogia esistente colle forme meccaniche di dismenorrea, considera gratuita la teoria di Horwitz della infiammazione parenchimale dell'utero, mentre è indotto dalla propria osservazione clinica a ritenere esservi un elemento di verità in quello di Hewitt. Questa è troppo assoluta ma non vi si può opporre una negazione dogmatica. Conchiude col notare che la soluzione del problema non deve ricercarsi in modo unilaterale. Parecchie cause possono eccitare il vomito, anche la semplice emozione: l'unico fattore costante che domina l'intiero caso è la causa predisponente, l'alta tensione vascolare e nervosa peculiare alla gravidanza.

Braxton Hicks: senza dubbio il vomito gravidico è un fenomeno riflesso dovuto alle attività vitali che si svolgono nell'utero gestante. L'espressione, grave incoercibile, è indefinita, laonde nell'investigarne le cause non bisogna escludere lo studio di quelle del vomito naturale comune alle gravide. Egli però non trovò alcun caso di vomito interno, compagno al quale fosse uno spostamento uterino o altro disturbo locale. Egli dà molta importanza all'aumentata sensibilità riflessa ed accorda grande importanza terapeutica all'uso perseverante degli oppiati.

Matthews Duncan non conosce vomito coercibile della gravidanza: le medicine possono far bene, forse in qualche caso vincerlo. Ma ognuno riconosce in pratica che il vomito praticamente è incoercibile. Nel comune vomito della gravidanza, quando è eccessivo egli si affida principalmente all'atropina. Due qualità di vomito nella gravidanza egli riconosce: l'uno ordinario, naturale, fisiologico, e l'altro pernicioso, pericolosissimo: il primo termina generalmente verso la metà della gravidanza, ma può tirare più in lungo, essere eccessivo ed indurre inanizione. La forma perniciosa è sovente fatale, rapidamente fatale, ed egli non sarebbe propenso ad ammettere che la morte possa essere il risultato del vomito dell'altra specie anche quando fosse molto intenso. La specie perniciosa è indotta, non havvi dubbio, dalla gravidanza, ed in essa si osservò degenerazione di organi, granulosa, grassa o infiammatoria. Per essa non conosce alcun rimedio tranne lo svuotamento dell'utero.

Playfair sottopone a critica fina e sottile la teoria di Hewitt, non senza qualche punta di cortese ironia: le teorie devono adattarsi ai fatti, Hewitt in-

vece foggia alcuni di questi a sostegno della propria e lo dimostra in alcune citazioni che riguardano i casi di Horwitz. Il fatto è che ogni irritazione uterina, comprese le deviazioni, possono indurlo.

Cleveland non può ammettere un nesso di causa ad effetto tra l'accertata condizione dell'utero ed il vomito: è certo che se si ammette potere questo manifestarsi e grave in una donna gravida per irritazione riflessa dello stomaco, indipendentemente da ogni affezione dell'utero, e casi di simil genere sono sicuramente constatati, non è a negarsi che un utero retroflesso e forse a mezzo incarcerato possa aggravare i sintomi. Parrebbe esistere nella gravidanza un disturbo dell'equilibrio nervoso il quale può tradursi in un caso in un dolore di denti ed in un altro in una grave nevrosi, per es., del pneumogastrico. Egli richiamava poi l'attenzione della Società sul modo con cui avviene la morte in simili circostanze: e tenuto fermo, soccombere molte per deficienza dell'azione cardiaca, accenna alla grande necessità del riposo assoluto in posizione orizzontale, citando un caso che illustra e metta in evidenza tale necessità.

Murray non ammette che altri organi debbano essere necessariamente affetti nei casi di vomito pernicioso. Se così fosse perchè dovrebbe cessare dilatando la bocca uterina? Cita brevemente un caso su cui il vomito cessò per alcuni giorni dopo la dilatazione, ma poi la paziente morì di esaurimento dopo avere espulso il prodotto del concepimento. Non eravi alcun spostamento uterino.

Wynn Williams non accetta le idee di Hewitt: soltanto se l'utero spostato è vincolato da aderenze che ne impediscono l'equabile sviluppo potrebbe originarsi l'affezione in discorso: osservò due casi di morte, ma in entrambi questa era dovuta all'alcoolismo con estesa degenerazione del fegato: recentemente in un altro caso vide cessare il vomito colla dilatazione del collo mediante il dito.

Bantock benchè non creda che versioni e flessioni sieno quelle innocenti condizioni che qualcuno vorrebbe far credere, egli non accetta la spiegazione di Hewitt per tutti i casi e neppure per molti di quelli nei quali egli vorrebbe riguardare lo spostamento come fonte o origine del male. Non ammette neppure con Galabin che l'antiflessione sia così comune da costituire uno dei migliori segni della gravidanza nei primi tempi: se così fosse potrebbe mettersi in rapporto colla quasi costante occorrenza del vomito nei primi mesi della gravidanza e fornire un notevole appoggio alle idee di Hevitt. È nota la forma dell'utero vacuo; espandendosi il corpo uterino per il fatto della gravidanza esso forma colla cervice un angolo più o meno acuto ma più acuto quanto più è vicino il termine della gravidanza. Ma non sarebbe che un cattivo uso di vocaboli l'applicare a tale stato il nome di antiflessione accordando ad esso un significato patologico, quale siamo soliti di accordare.

Prof. L. Mangiagalli.

NOTIZIE

N. 4 laparotomie con splendido successo.

Ci giunge notizia in questo momento da Verona che il signor Dott. Paolo Negri, Professore-Direttore della Scuola di Ostetricia in Novara, eseguiva nel decorso ottobre le operazioni seguenti:

1.ª Laparotomia per fibroma uterino del peso di 5 chilogr. — Guarigione rapida.

2.ª Laparatomia per enorme tumore fibro-cistico dell'utero. — Guarigione.

3.ª Laparotomia per cisti torta sul peduncolo e diagnosticata. — Adesioni estesissime. — Guarigione.

4.ª Laparotomia per fibromi uterini del peso di 7 kilogrm. — Guarigione.

A fatti tanto importanti non è mestieri aggiungere parole di commento.

Il 2 settembre nella Maternità di Lucca dal Dott. Andronico Barsotti fu praticata, per bacino gravemente deturpato da osteomalacia un'operazione cesarea (metodo Porro) con favorevole risultato per il feto e per la madre che è omai completamente guarita.

Cautele antisettiche. Cloronarcosi. Governo estra-peritoneale del peduncolo stretto dal serranodi Cintrat. Puerperio quasi sempre apiretico.

CARLO FILIPPO ROBIN.

Ai primi di ottobre cessava di vivere il Professore Senatore **Carlo Filippo Robin**, membro dell'istituto e dell'accademia di medicina di Parigi. Nato il 4 giugno 1821 a Iasseran, aggregato nel 1847, fu il promotore degli Studi istologici in Francia, e già all'esordio della carriera aveva dato una classificazione sua degli elementi di anatomia generale « stechiologia, igrologia, istologia » corredandola di una serie di pubblicazioni. Ricordiamo il *Trattato di chimica anatomica*, quello del *microscopio*, le *Lezioni sugli umori*, il *Trattato di istologia normale e patologica*. Nel 1853 raccolse e pubblicò in un volume *Ricerche speciali già esposte in parte nella sua tesi pel dottorato nelle scienze*; fu il primo a professare ufficialmente l'istologia a Parigi nel 1862: fu autore di numerosi lavori di *anatomia generale e comparata, di osservazioni sui parassiti, di numerose comunicazioni all'accademia delle scienze:* fondò il giornale di *Anatomia e fisiologia* nel 1864; in collaborazione col Littrée rifece il *Dizionario di medicina* del Nysten dalla 10ª alla 14ª edizione: compilò poi il suo Dizionario, specchio fedele delle dottrine sue.

Gli ostetrici poi vorranno ricordare i suoi lavori sulla mucosa uterina, sulla involuzione puerperale dell'utero, sulla struttura della vescicola ombellicale, sull'anatomia patologica della placenta, specie la obliterazione fibro-grassosa dei villi e la idropisia di questi (mola-idatigena o vescicolare) ed altri di non minore importanza.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Vol. VII. Novembre-Dicembre 1885 N. 11-12.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

LA MENOPAUSA ARTIFICIALE O CHIRURGICA

COME CURA

DE' FIBROMIOMI DELL' UTERO

e de' disturbi che si associano a codesti tumori

COMUNICAZIONE ALLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA
fatta dal Prof. **D. CHIARA**
nella seduta del 17 settembre 1885 in Perugia

. . . . . Those who speak of normal ovariotomy, and who are under the impression that in these cases they can with as much ease remove the ovaries of a Woman as a sow-gelder can remove the organs of a joung-pig, are under a delusion, and evidently know nothing practically of the work. It is in almost all instances a difficult operation, sometimes one of exceeding difficulty. LAWSON TAIT.

(*Discussione al congresso medico internazionale di Londra sulla memoria di Battey*, Sezione ostetrica, agosto 1882).

Signori,

Negli atti della Società ginecologica americana per l'anno 1882, vol. 7°, apparso alla fine dell'anno 1883 a pag. 158 è una breve, ma condensata e sostanziale memoria di J. Knowsley Thorton l'abile operatore del Samaritan hospital di Londra dal titolo: « Valore comparativo della isterectomia e della rimozione » completa degli annessi uterini nella cura de' tumori fibroidi dell'utero. (1) » In questo suo scritto il Thorton fatta la somma delle isterectomie compiute da dieci operatori per fibromi, e quella delle laparotomie per tumori fibrocistici fatte da Sp. Wells, da lui, Thorton, e da Bentok, altro chirurgo del Samaritan ho-

(1) The relative value of hysterectomy and of the complete removal of the uterine appendages for the cure of uterine fibroids by J. KNOWSLEY THORTON M. B. C. M. Surgeon to the Samaritan hospital London.

spital, e detto come quest' ultima, che si approssima di più alla ovariotomia ha pur nondimeno il 23 % (prec. 22. 72) di mortalità, calcola quella dell'isterectomia 40 %: nè basta, chè vi segue tosto la considerazione che quando la isterectomia è completa, cioè la laparotomia è seguita dalla esportazione insieme al tumore e alle ovaja della parte sopravaginale dell' utero, la mortalità è assai più alta « the mortality il considerably » higher than this. »

Nè i perfezionamenti della tecnica dovuti a Hegar e Kaltenbach, a Schroeder, a Martin e agli stessi chirurghi del Samaritan hospital lo hanno trattenuto dallo emettere codesto giudizio, poichè dopo riferiti codesti perfezionamenti tecnici dell' operazione, ripete in altra forma la sentenza medesima, poichè scrive: « .... Tuttavia la isterectomia semplice (incompleta) e la isterectomia completa « sopravaginale sono sempre operazioni terribili ..... very formidable opera- « tions: sono mutilazioni terribili, e le operate hanno una convalescenza lunga « e stentata. »

Signori, qualche indagine statistica da me fatta recentemente in Italia, e che per considerazioni di delicatezza e per riguardi speciali non posso far nota, mi pone in grado di confermare, anche per la ginecologia italiana, la sentenza di Thorton. D'altro lato l'intervento del chirurgo in molti casi di fibromiomi dell'utero essendo più che giustificato, necessario, sorge naturale la domanda se non esista operazione meno pericolosa, seguita da convalescenza più pronta, da risultamenti migliori e più perfetti, e che il chirurgo conservatore possa raccomandare alle sue pazienti. A questa domanda il Thorton risponde che questa operazione l'abbiamo grazie al brillante preconcetto di Blundell nel 1823, alla chirurgia americana rappresentata dal Battey che primo la fece nel 1874, e grazie ai lavori di Hegar, di Trenholm, di Tait, di Savage e qualche altro: questa operazione voi o signori l'avete nominata, è la castrazione, o meglio come oggidì si vuole, la rimozione completa degli annessi, ossia la ovariotomia con la salpingectomia, comunemente detta operazione Battey-Tait.

The complete removal (dice ancora Thorton) of uterine appendages, when efficiently performed, cures fibroids of the uterus with a rapidity and certainty that Blundell, in his most sanguine moments, could not have dreamed of.

Da parte mia, o signori, tuttora profondamente convinto che la teoria detta fisiologica, la quale fa della mestruazione un epifenomeno della funzione ovarica sia quella che spiega il maggior numero di fatti e quindi sia *per modo di dire la più vera*, mi sono sentito spinto in codesta direzione, della cura cioè di certi morbi mediante la menopausa chirurgica, fin dai primi casi fatti di pubblica ragione dal Battey. Gli è nel 1878 che per la prima volta proposi codesta cura a una mia cliente, nubile di 32 anni, e sofferente assai per menorragie profuse, e fenomeni, talvolta inquietanti, di anemia cerebro-spinale in causa

di fibromi uterini; la proposta non venne accolta, e la signora soffre più che mai, e da qualche mese si dibatte in famiglia la questione di farla ricoverare in una *speciale* casa di salute. Da quell'anno fino all'aprile del corrente 6 altre volte proposi ad altre pazienti codesta cura, ma sempre inutilmente.

Arrivato poi alla direzione di una clinica ginecologica (novembre 1882) sperai che il terreno più favorevole mi avrebbe più o meno presto fornito la occasione di tradurre in atto quella terapia chirurgica che da circa 4 anni mi vedeva sempre rifiutata. Le mie speranze non provarono delusione ed oggi vengo a riferirvi quel poco che mi venne fatto di compiere. Dico *quel poco* perchè si tratta di 11 sole osservazioni cliniche: ma senza voler mettermi sotto la protezione del famoso « non numeranda, sed perpendendæ » (*observationes*) io sento che posso sperare da' miei colleghi benigno compatimento (come dicesi dalla ribalda) ove vogliano considerare che le 11 osservazioni furono raccolte in poco più di 3 mesi, mentre avevo raccolto molti rifiuti in 4 anni; che lo spirito pubblico femminile non è ancora troppo preparato a codesta operazione, anche nel *mondo* fiorentino dove non è minimamente contestata la mia priorità nella medesima.

E passo senz'altro alla esposizione de' fatti clinici facendoli seguire da qualche corollario, e tutto ciò con la maggiore brevità possibile per non offendere la discrezione e la pazienza.

Osservazione 1.ª

Quirina Canti . . . . nubile, di 38 anni, agiata, è accolta nell'istituto quale pagante di 1ª classe il 7 aprile 1884. Essa è isterica, magra, asciutta, con note spiccatissime di oligocitemia. Mestruata a 11 anni senza sofferenze, vide succedersi regolare il flusso mensuale fino a circa 2 anni fa; un aborto di 3 mesi a 26 anni; di precedenze morbose rilevanti una laringite crouposa a 30 anni. Or fanno 2 anni circa la mestruazione fecesi più copiosa e accompagnata da dolori fortissimi (intollerabili, diceva l'ammalata); nel periodo intermestruali persistevano, alquanto scemate, le sofferenze in forma di dolore gravativo e compressivo nel fondo della pelvi. Si noti che in questo tempo le turbe isteriche a ogni epoca mestruale guadagnavano di durata e intensità; frequente e ostinato l'insonnio, depressione e sovraeccitazione cerebrale alternantesi, tedio della vita, pensieri di suicidio. Il medico che primo la vide diagnosticò una ovarite destra che tentò curare con mignatte all'addome, e bagni (semicupi) caldi con acqua di Castrocaro; non vi corrispose alcun miglioramento locale; la mobilità nervosa, le neuralgie, l'insonnio, crebbero. Nel mese di marzo la veggo in consulto con il suo medico curante, faccio diagnosi di fibroma sottomucoso e intersti-

ziale del corpo dell'utero, e le propongo la castrazione; l'ammalata l'accetta, e il 7 aprile seguente entra nell'istituto per subirvi la operazione proposta.

Stato presente. — Pallidezza e denutrizione notevole; grande mobilità nervosa, malinconia diurna, sovraeccitazione notturna e insonnio, ideazione molto prossima al delirio, desiderio vivissimo e impazienza dell' atto operativo. Cuore e apparato respiratorio normali; dispepsia, stipsi d'origine meccanica, e iscuria ne' primi giorni del periodo mestruale. Il flusso sanguigno anticipa ogni mese di 5 giorni, è molto abbondante, e dura circa 9 giorni. (Comparsa il 6 aprile si mantiene fino al 15); si associano dolori fortissimi, con turbe gastriche, somma inquietudine, pianto frequente, smanie, insonnio, ecc. ; si porgono *due* grammi di cloralio ciascuna notte, e si calmano i dolori uterini con iniezione ipodermica di clorato di morfina. Con l'esame combinato si avverte una intumescenza che si eleva di circa 2 cent. sul pube; è tondeggiante, durissima e punto mobile; la parte più cospicua della intumescenza scende in basso verso la parte media dello scavo; ha il volume circa di una testa di feto a 7 mesi; comprime l'uretra e l'intestino, donde iscuria e stipsi; si sente il segmento inferiore dell' utero espanso, e il muso di tinca molto accorciato, ma poco aperto, e flesso, verso il sacro: con lo speculum non si avverte cosa degna di nota; la sonda uterina, d'introduzione difficile s'inoltra per circa 9 cent., confermo la diagnosi di fibroma uterino sottomucoso e interstiziale.

Alla cura calmante si associa il ferro e l'arsenico; 40 grammi di decotto di china ogni giorno, la spugnatura fredda e ogni 3 giorni un bagno alcalino. Il 15 aprile cessa completamente la mestruazione , e il 28 alle 3 pom. si procede alla operazione previa la cloronarcosi, la disinfezione dell' anfiteatro co' vapori di solfo, e lavature con bicloruro di mercurio al 2 $^{00}/_{00}$ e il riscaldamento a 26° c. c. È presente il prof. Tibone di Torino.

Durante la operazione funzionano 3 potenti nebulizzatori: gli strumenti, arroventati prima con la fiamma ad alcool sono tenuti in bagno fenicato (10 $^{0}/_{0}$). Nell'intento di spostare fuori del campo operativo le anse intestinali, e fare più accessibili le ovaje se, com'era probabile, si trovavano basse, si zaffa la vagina prima disinfettata, con batuffoli di stoppa fenicata, siringa medicata in vescica. Laparotomia di circa 8 cent., partendo da 4 cent. circa sopra il pube, sulla linea mediana. Diviso il peritoneo viene fissato agli angoli superiore e inferiore della ferita con un punto di sutura (filo seta nera), e quindi all' angolo superiore si caccia una pezza di flanella onde trattenere le intestina. L'utero appare ingrossato, di forma regolare, di colorito rosso-livido, molto vascolare, come se gravido da 4 mesi. Messo allo scoperto l'utero, porto le dita della mano sinistra (meno il pollice) lungo il margine sinistro, e afferrato l'ovajo che si trova in basso, e libero, lo tiro verso la ferita addominale, in compagnia della tromba

che si mostra flessuosa, ingrossata quanto il dito indice e fluttuante (idrosalpingx); comprendo il tutto tra le branche di una lunga pinza comprimente (Klemmer) e poi, fatto passare sotto e a metà circa della lunghezza della pinza l'ago di Deroubaix, vi colloco due robusti fili di seta, co' quali previamente accavallati lego in alto e in basso, cioè verso l'apice, e verso il manico della pinza; nel laccio superiore veniva compreso il legamento utero varico, nell'inferiore la tromba a $^1/_3$ circa dalla sua penetrazione nell'utero.

Fatta la legatura, ritiro la pinza, taglio i tessuti strozzati $^1/_2$ centimetro circa sopra il filo e lascio i fili assicurati allo esterno, e lassi tanto da permettere all'utero tutta la mobilità di cui è capace. Procedo nello stesso modo a destra dove si trova pure la tromba idropica; le ovaja sono piccole, molto grinzose e qua e là mostranti incipiente degenerazione cistica.

Fatta la legatura destra, torno a sinistra; con delicato stiramento sui fili riporto nel campo visivo i punti legati e assicuratomi che i fili tengono, e la emostasi è perfetta, li taglio a debita distanza dal moncome, medesima manovra a destra, poi cauterizzazione col Paquelin, indi lavatura del cavo peritoneale con copioso getto di acqua fenicata calda e consecutivo diligente asciugamento con spugne disinfettate, e poi sutura delle pareti con 5 punti staccati (gli ultimi 2 ad ansa) di seta di Firenze comprendendo il peritoneo. Medicatura Listeriana mantenuta da un coltroncino di migliarola (piombo).

L'atto operativo, non contato il tempo preso dalla cloronarcosi, durava 30 minuti: la operata si svegliò presto e in ottime condizioni di polso, di respiro, di stomaco e di cervello.

Decorso della malattia chirurgica. — Questo fu regolarissimo: al 3° giorno modico stillicidio sanguigno dall'utero (metrostaxis); temperatura da 36,6 a 37,5 fino al 6° giorno, in cui si tolgono i fili; nel tramite di due compare una goccia di pus che dava il 7° e l'8° giorno una temp. di 38,3: il 9° giorno la operata si mette a sedere; il 10° lascia il letto per due ore: l'insonnio è scomparso, è più quieta sì la notte che il giorno, l'intestino funziona regolarmente come la vescica; la mestruazione di maggio manca, le condizioni di nutrizione vanno migliorando, le forze sono tornate, e la operata lascia l'istituto il 17 maggio, cioè 19 giorni dopo la operazione, promettendo farsi vedere di quando in quando. La si rivede in giugno, ed è sempre amenorroica, nè più tornarono i dolori pelvici, e i disturbi vescico-intestinali: la si rivede in luglio, e sempre meglio; persiste la menopausa, le turbe nervose isteriche si sono fatte comportabili, niun disturbo intestinale nè vescicale, punto dolore pelvico; con l'esame digitale si rileva l'utero mobilissimo, notevolmente impiccolito, e il tumore ridotto a una massa non più grande di una noce: adunque un esito più soddisfacente e più completo di quanto mi tenevo autorizzato ad aspettarne.

Niuna modificazione nelle tendenze erotiche della operata.

In luglio 1885 la operata viene da me per farmi visitare una sua sorella: ha una salute ottima; gli attacchi isterici sono un ricordo; la nutrizione è buona; niuna traccia nell'utero del tumore che tanto l'aveva tormentata. La rivedo in dicembre tanto bene da parer ringiovanita.

Osservazione 2.ª

Ester Gua.... È una domestica di postribolo, di 45 anni, e vedova da 3. Ha bella regolarità di forme e mostra traccie di una certa avvenenza. Dotata di senso genesiaco molto spiccato, dopo morto il marito, convive con un uomo robusto e di circa 10 anni più giovane di lei. Niun precedente morboso importante; 1ª mestruazione a 15 anni senza disturbi speciali; le seguenti mantengonsi normali fino a 36 anni quando passò a marito. Dopo qualche mese da questo matrimonio, che fu infecondo, la Ester avverte che la mestruazione va facendosi più abbondante, il sangue viene a grumi, e al flusso sanguigno si associano dolori ad ogni periodo sempre più forti (dismenorrea emorragica): il flusso sanguigno è preceduto e seguito da leucorrea ora più ora meno abbondante.

Il marito (racconta la donna) era impotente, e soddisfaceva l'ardore della moglie con pratiche di saffismo: forse questa circostanza era tra i fattori della dismenorrea; certo essa portò la ipertrofia delle piccole labbra e del clitoride che si nota spiccatissima, e che ci mise in sospetto della origine confessata dalla donna.

In quella che la mestruazione andava alterandosi la Ester s'accorge di qualche cosa d'insolito nell'addome, una intumescenza che veniva crescendo e nei primordi assai mobile da destra a sinistra, e affatto indolente al tatto. Qualche anno dopo avvertita la intumescenza un giorno, e fuori dal periodo mestruale, vien presa da un violento attacco di dolori lombari, illiaci e inguinali predominanti a destra, con febbre; per quest'accidente (peritonite?) fu obbligata 5 giorni a letto, ed ebbe anche un sanguisugio locale (12 mignatte) seguita da ripetuti epitemi emollienti.

Passano altri 2 anni dall'esordio del male, e la mestruazione si fa vieppiù irregolare; anticipa di molto, si arresta, poi riprende, dura da 8 a 12 giorni e i dolori che l'accompagnano sono sempre tormentosissimi con carattere dei dolori da stiramento e irritazione peritoneale. Nel 1881 le sofferenze fattesi gravissime la spingono a domandare ricovero nella clinica ostetrica: quivi le si propone dal Prof. Balocchi una operazione. (Incisione bilaterale del collo, a quanto pare) che la donna rifiuta: si applicano epitemi emollienti e torpenti sull'addome, si tiene per circa 2 mesi l'ammalata in riposo e poi la si congeda libera

da dolori, ma con persistente la menorragia che s'è anzi fatta più copiosa. Sei mesi dopo uscita dalla Clinica è ripresa da dolori; la intumescenza addominale è andata crescendo, e a' dolori lombo-sacrali s'è aggiunto senso di peso nel fondo pelvico, tenesmo rettale e vescicale: questo corteo fenomenico aggiunto alla menorragia riducono a mal partito la povera donna, che pallida, smagrita, insonne senz'appetito e senza forze domanda nuovamente ricovero nella clinica ginecologica e vi viene accolta il 29 gennajo 1884.

L'esame speciale fatto il 1° febbrajo ci dà il risulsato seguente:

Perdita sanguigna più o meno abbondante e con pochi giorni d'intervallo, da circa 3 mesi: cessando il flusso sanguigno subentra la leucorrea; si associano alla menorragia forti dolori lombo-sacrali e inguinali con stiramento alla coscia destra e senso di peso nel fondo pelvico con tenesmo rettale e vescicale: i dolori ne' primi 4 giorni del periodo mestruale sono abbastanza intensi da rendere impossibile la locomozione e obbligare l'ammalata in letto. A' genitali esterni nulla di abnorme, tranne la ipertrofia delle ninfe e del clitoride consecutiva a lunghe e ripetute pratiche di Saffismo: con lo speculum vaginale non si avverte cosa notevole sulle pareti vaginali nè sul muso di tinca che ha colorito roseo, è un po' spinto verso il sacro, lievemente schiacciato, e con orifizio esterno a bottoniera e caratteri di nulliparità: la sonda uterina penetra per 115 mm.

Col riscontro digitale combinato si avverte il fornice vaginale occupato, in giro, da una durezza che fa corpo con l'utero e che si continua evidentissimamente con una intumescenza che si sente all'ipogastrio. La intumescenza soprapubica è resistente molto e assai regolare; mobilissima da sinistra a destra, lo è pochissimo, quasi nulla da destra a sinistra: la palpazione riesce alquanto dolorosa: con essa, e con la percussione si delimita un tumore a forma irregolarmente ovoidea col diametro massimo in senso verticale: il metro dà le seguenti dimensioni:

Circonferenza a livello della cicatrice ombellicale	Cent.	90
» al punto mediano fra bellico e pube	»	84
Dal pube alla cicatrice ombellicale	»	17
Dal bellico alla S. I. A. S. D.	»	16,5
» » S. I. A. S. S.	»	16
Dal pube alla parte più alta del tumore	»	20
Massimo diametro trasversale del tumore	»	17

più nel fornice posteriore un tumore che si stacca dal rimanente, ch'è tondeggiante, grosso quanto un mandarino, liscio, regolare, assai mobile e alquanto dolente; è inutile avvertire che le dimensioni oscillano ne' limiti di 15 mm. a

seconda della maggiore o minore vicinanza della mestruazione, della ripienezza o non dello stomaco, ecc.

Si fa diagnosi di fibromi sotto-peritoneali, e qualche punto sotto-mucoso e interstiziale e si propone alla donna la sola cura efficace, quella chirurgica, che potrebb'essere o la isterectomia sopravaginale, o la castrazione. L' ammalata, contro alla nostr' aspettazione, non risponde un rifiuto, ma domanda soltanto tempo per consultare *amici* e parenti, e riflettere sulla proposta. Intanto si curano i dolori con le injezioni ipodermiche di morfina, si porge un po' di ferro e arsenico, e il vino di china, le si fa ogni giorno la doccia pelvica fredda, e si tenta la corrente continua della durata di 10 minuti con interruzione a ogni minuto della durata di 30 secondi. La corrente viene tollerata benissimo nei primi giorni; riesce dolorosa dal 4° giorno in poi; s' incominciò il 7 febbraio e si smise il giorno 20: il 23 pretestando qualche interesse urgente la Ester bruscamente lascia la clinica; era il 1° giorno della mestruazione: fu tormentosa come le precedenti, e la costrinse a tenere il letto per 3 dì: la crisi durò fino a' primi di marzo; stato discreto fino al 22 dello stesso mese in cui ritorna alla clinica decisa a farsi operare. Il tumore non ha provato alcuna modificazione dimostrando inefficace affatto la corrente continua interrotta. Il 25 marzo esordisce il periodo mestruale che fu come i pregressi; abbondante il flusso sanguigno, con grumi, vomito, cefalalgia, dolori fortissimi, ne' primi 3 giorni, all'addome, e coscia destra, tenesmo vescicale e rettale, insonnia, inappetenza, ecc.

Si riprende la cura calmante e ricostituente che viene continuata per tutto l'aprile, e cessata la mestruazione di codesto mese, si procede alla operazione che fu il 5 maggio 1884: il tumore cresciuto di qualche centimetro nel periodo mestruale ha ripreso con aumento di qualche millimetro le dimensioni dell' aprile.

Operazione il 5 maggio, alle ore 3,45 pom. Anfiteatro come per la 1ª operata.

Ottenuta la cloronarcosi che sull'esordio provocò violento attacco convulsivo (isterico) si fa la laparotomia sulla linea mediana, senz' alcun fatto degno di nota. Scoperto il tumore, e dopo i soliti 2 punti per fissare il peritoneo agli angoli della ferita, si esplorano il margine destro e il sinistro senza spostare il tumore medesimo, ma senza risultamento alcuno; le dita non avvertono rilievo avente qualche cosa delle ovaja. In allora portate due dita sulla faccia posteriore dell'organo lo si fa ruotare verso destra finchè il margine sinistro si affaccia alla ferita; non si scorge ovajo, ma sul prolungamento del legamento utero-ovarico una bozza ovoidea grande come un ovajo che fosse come sepolto in essudato peritoneale; la tromba è normale; il legamento largo vivamente colorito, è grosso, ipertrofizzato come in gravidanza. Supposto che la bozza terminale del legamento

utero-ovarico fosse veramente l'ovajo, si pone con l'ago di Deroubaix un laccio sul legamento rasente all'utero comprendendovi la tromba; due altri lacci vennero passati a conveniente distanza dal primo, e lungo il legamento largo, comprendendovi ancora la tromba in basso. Nello stringere i lacci si lacera nella estensione di circa 4 cent. l'essudato che rivestiva il peritoneo uterino, e al momento del taglio delle parti strozzate dai lacci la lacerazione si estese con esito di emorragia a nappa e a getto da qualche arteriuzza non bene stretta: si riuniscono i margini della lacerazione con alcuni punti di sutura con seta, si legano le arterie che buttano, si tocca qualche punto sanguinante con il bottone del Paquelin, e si ha così emostasi perfetta: tutto questo peraltro venne fatto dopo che s'era compiuta l'opera a destra. Quivi non fu possibile ruotando il tumore portare il margine uterino in faccia alla ferita addominale; aderenze assai estese e tenaci si oppongono; anzi negli sforzi tentati per ispostare l'organo alcuni tratti delle aderenze si rompono con esito di emorragia, si cauterizza con il Paquelin fin dove si può, si versa acqua di Pagliari, si fa un po' di compressione finchè si ottiene una emostasi, se non assoluta, sufficiente per continuare nell'impresa.

Esplorando lungo il margine uterino si sente in prima una intumescenza ovoidea che poteva essere un ovajo rivestito da essudato, o un piccolo fibroma; vi si fa sopra un piccolo taglio che mostra trattarsi di tessuto fibroso; più in giù e posteriormente il dito scorre sopra una intumescenza morbida, flessuosa, come un'ansa del tenue alquanto tesa; si riesce a uncinare e rendere visìbile cotesta intumescenza che si avverte ben presto fluttuante; difatto una piccola puntura dà esito a qualche goccia di liquido limpido; era un'idrope della tromba ingrossata due volte l'indice: se ne fa la legatura in basso e in alto e si escide. L'estremo superiore della cisti porta un corpicciolo tondeggiante grosso quanto una nocciola che spaccato appare tessuto ovarico rammollito e infiltrato. Assicurata la emostasi, tagliati i fili e fatta la pulitura e lavatura peritoneale con acqua fenicata calda si procede alla sutura delle pareti affrontando peritoneo a peritoneo; nell'angolo inferiore si pone un tubo *a drain* di vetro adagiandolo fra il tumore e la parete della fossa illiaca destra: la operazione era compiuta alle ore 5 avendo così durato un'ora e mezzo.

Corso consecutivo. — Il tubo a *drain* funziona benissimo per i primi *due giorni* dando esito a buona copia di sierosità sanguinolenta che si mantiene asettica; la temperatura oscilla fra 36, 4 e 37, 6 massima..... il polso tra 90 e 68; niuna complicanza gastrica nè intestinale, metrostaxis dal 3° al 6° giorno; si leva il tubo a *drain* il 3°; i fili della sutura al 7°; il 12° giorno si alza, e tutto procede bene fino al 23° giorno in cui è presa da catarro intestinale acuto con febbre a 38,4 il 1° giorno; questo catarro, compresa la convalescenza, dura

due settimane lasciando la operata deboluccia e anemica. Si fa un po' di cura ricostituente, mentre si tiene in osservazione la operata nel rispetto della mestruazione; constatata la menopausa in maggio e giugno, la si congeda il 21 di quest'ultimo mese con l'accordo di farsi rivedere qualche volta.

Ecco un prospettino di confronto delle dimensioni del tumore.

	22 aprile	*20 giugno*
Circonferenza ombellicale	80 c.c.	74
» a metà fra il pube e il bellico	84 »	78
Dal pube al bellico	17 »	14
Dal bellico alla S. I. A. S. destra	16,5 »	14
» » » sinistra	16 »	14
Dal pube alla parte più alta del tumore	20 »	12,5
Larghezza massima del tumore	17 »	13
Lunghezza della cavità uterina	12 »	7

Il tumore adunque tende manifestamente all'atrofia; lo stato generale è ottimo; niuna modificazione nell'ardore genesiaco.

Settembre 10

Diametri	verticale	9 c.c.
	trasversale	10 ½ c.c.

Peraltro la mestruazione ricompare, ma non copiosissima, nell'ottobre; si accoglie per qualche giorno in clinica, si fanno 2 injezioni uterine di tintura jodica e poi si congeda: il tumore si trova stazionario. Da quell'epoca la mestruazione non scomparve; nel luglio 1885 una menorragia preceduta e susseguita da dolori che ricordavano gli antichi, ma non così violenti.

Si ricovera un'altra volta, le si fanno alcune injezioni calmanti sottocutanee di morfina, e dopo 15 giorni di cura ricostituente ferruginosa, si congeda in buon stato; il tumore ha sempre il volume constatato nel settembre dell'anno scorso e i dolori e la menorragia ch'eran mensuali sonosi fatti assai rari (da 2 a 3 accessi all'anno (1). Una semplice riflessione qui per non tornare sull'argomento. Questa donna, nella quale manca l'ovajo sinistro con la tromba omonima, persiste l'ovajo destro, ma la tromba di questo lato ch'era idropica è legata in due punti, e mancante di circa un 3° tra i due lacci, e si mantiene la mestruazione rovina fondamentalmente la teoria di Löwenthal sulla mestruazione.

---

(4) Passano i mesi di novembre e dicembre senza che la donna si faccia rivedere, indizio che tutto procede bene.

Osservazione 3.ª (Op. Dott. Fasola).

Violante Bac.... vedova da 23 anni, età 47, attendente alle cure domestiche, entra in clinica il 28 aprile. Ebbe 3 gravidanze terminate con due parti a termine naturali e un aborto di 3 mesi. Non ha precedenti morbosi degni di nota: 1ª mestruazione a 13 anni; è abbondante e dolorosa fino a 23 anni, epoca del matrimonio; d'allora in poi sempre abbondanti, ma non più dolorose. Or fanno cinque mesi trovandosi nel periodo della mestruazione sempre copiosa, avvertì una certa difficoltà nel movere la gamba sinistra, e portata la mano all'ipogastrio avvertì una durezza che compressa le cagionò dolore. La durezza di poi andò, sebbene lentissimamente, aumentando sempre, e si fece sede di dolori puntori molto irregolarmente intermittenti: da quel giorno, cioè da 5 mesi, la metrorragia continuò più o meno forte.... fortissima ne' periodi mestruali; nè contro la perdita, nè contro i dolori fu opposta cura veruna.

Stato presente. — Pallidissima, smagrita, tutta rughe e sdentata, con edema a' piedi, confissure alla faccia, incapace di reggersi in piedi, la Baccioni mostra molti anni più che non abbia, e fa pensare a incoata cachessia per neoplasma infettante: nulla di abnorme si rileva nell'apparato circolatorio (tranne il soffio sistolico anorganico) in quello respiratorio e chilo-pojetico.

L'interrogazione ci fa conoscere quanto già dissi della mestruazione, dei dolori, e del tempo da che la metrorragia dura. L'esame dell'addome ci fa percepire all'ipogastrio e alquanto a sinistra una intumescenza ovoidea grande quanto una bell'arancia dura, lievemente irregolare, e alquanto dolente alla pressione; mobilissimo, questo tumore si può spostare in tutti i sensi.

Con l'esame ginecologico si rileva la conformazione normale de' genitali esterni e della vagina; fornici di questa liberi; utero antiverso, voluminoso, formante corpo con la intumescenza che si circoscrive benissimo con l'esame bimanuale: lo speculum ci fa vedere la mucosa cervicale congesta, un alone di granulazioni attorno l'orifizio esterno estendentisi lungo il canal cervicale; la sonda penetra per 9 cent. e $^1/_2$, la introduzione riesce assai penosa, e aumenta lo stillicidio sanguigno.

Si pone la diagnosi seguente: « Fibroma interstiziale e sotto-mucoso della » parete anteriore del corpo uterino con endometrite fungosa cronica. Anemia « spinta; esordiente idroemia. »

Si propone alla Baccioni la castrazione come cura più prontamente efficace; la donna v'acconsente, e la operazione viene praticata l'8 maggio (epoca che probabilmente rappresenta il periodo intermestruale) nell'anfiteatro clinico preparato come già fu descritto alle ore 3 $^1/_4$ pom. e previa la cloronarcosi.

Laparotomia mediana di circa 8 cent.: aperto il peritoneo fuorescono circa 300 grammi di siero color rosa-pallido, e si presenta un'ansa intestinale con un tratto di omento; si respinge il tutto con una pezzuola di flanella e due spugne cacciate verso l'angolo superiore della ferita. Appare allora il globo uterino dall'aspetto e volume di utero gravido di 3 mesi. Si va in cerca prima dell'ovajo sinistro che si trova senza difficoltà; ma mentre con le dita lo si tira verso la ferita, si ha la sensazione come se in basso avesse aderenza con un'ansa intestinale; peraltro si avverte tosto, portato nel campo della ferita, che il preteso intestino è una degenerazione cistica della tromba: si fissa il tutto tra le branche di un lungo Klemmer, si passano due lacci con i quali si lega il legamento utero-ovarico e la tromba in alto, e questa in basso, vicino all'ingresso nell'utero; medesima manovra a destra, dove la tromba porta nel padiglione una piccola cista; poi si torna a sinistra per escidere l'ovajo e la tromba e i fili; altrettanto a destra, indi pulitura peritoneale, e sutura con 7 punti di seta comprendenti il peritoneo, e medicatura solita mantenuta da una materassa di migliarola.

La operazione cominciata alle 3 $^1/_4$, era terminata alle 3,50, avendo così durato 35 minuti soltanto.

Decorso consecutivo. — Qualche vomito il 1° giorno dal cloroformio; polso da 70 a 90 ne' primi 5 giorni, con febbre moderata (massima 38,4); al 6° giorno si tolgono i fili della sutura; dal 3° al 4° metrostaxis come nelle prime due operate; al 4° giorno ripresa delle funzioni intestinali, e il 14° giorno si alza per un'ora: negli ultimi 9 giorni non ha più perduto goccia di sangue.

S'inizia energica cura ricostituente dietetica, farmaceutica e igienica che in pochi giorni porta un aumento di 800 grammi nel peso del corpo. Il tumore non pare diminuito, ma è manifestamente assai più duro che prima della operazione; l'epoca mestruale passa quasi inavvertita perdendo appena qualche cucchiajata di sangue.

Trascorso questo periodo, 24 giorni dopo la operazione si esamina con la sonda uterina che segna circa un centimetro di diminuzione nel senso longitudinale. Sgraziatamente la introduzione dello strumento è seguita da dolore ed emorragia non abbondante ma ostinata, per cui si cauterizza la cavità cervico-uterina con acido cromico al 50 $^0/_0$. Sia per la sonda, sia per l'acido cromico, il dolore persiste quasi tutto il giorno acutissimo immediatamente sopra il pube; il cloridrato di morfina lo calma e da continuo lo muta in intermittente; in allora ogni giorno verso le 12 ha un accesso nevralgico nel punto notato; questa marcata periodicità fa ricorrere al chinino che effettivamente ha ragione del dolore. Da questo momento (15 giugno) le cose vanno procedendo sempre bene; la nutrizione migliora coadiuvata da un buon appetito e dalla cura ricostituente, e il 10 luglio la Baccioni sentendosi abbastanza in forze per riprendere il me-

stiere di servente, lascia l'istituto con la promessa di farsi vedere di quando in quando.

La rivediamo di fatti un mese dopo per una mediocre metrorragia coincidente con la mestruazione; si accoglie nell'istituto, dove si ottiene pronta emostasi con una injezione uterina di percloruro di ferro. Congedata dopo 15 giorni, riprende il suo mestiere di servente godendo buona salute fino all'aprile 1885. In questo mese si ripresenta una metrorragia piuttosto abbondante per cui si fa tradurre alla clinica fin da Massa-Marittima dove stava di servizio.

Constatiamo che il tumore è sceso in vagina estrinsecandosi, e dopo aver usurato la buccia e la mucosa donde l'emorragia; l'usura de' tessuti dovett'essere favorita dall'atrofia consecutiva all'età e alla castrazione: si fa la estrazione del tumore con la mano, come si sarebbe fatto di una placenta rimasta in parte nell'utero e per il rimanente in vagina, e la donna in luglio assolutamente guarita, e in ottimo stato, ci abbandona.

Il tumore pesava 380 grammi.

Osservazione 4.e

Maria Car.... vedova, di 45 anni, attendente a casa, è accolta nell'istituto il 10 marzo. Pubere a 13 anni, supera un tifo grave a 15. A 19 anni passa a marito e nello spazio di 2 anni ha 5 parti naturali a termine e 1 di 8 mesi che rimonta al 1872; il primo puerperio fu morboso per parametrite destra, e cellulite illiaca destra che suppurò; l'ascesso fu aperto dall'arte, e 15 giorni dopo la spaccatura, lasciava guarita l'ospedale dov'era riparata per cura; gli altri puerperii furono normali.

Fino alla 4a gravidanza godette ottima salute; nel corso di questa superò una polmonite guarendone perfettamente. Nel corso della ultima gestazione invece cominciò a essere molestata da dolori uterini, più sentiti ne' periodi mestruali; 9 anni sono, cioè a 36, i dolori un mattino si fecero fortissimi e si associò copiosa metrorragia per cui fu costretta mettersi a letto. Tre giorni dopo si leva e s'accorge di un lieve intorpidimento della gamba destra con dolore alla fossa illiaca omonima.

Ripara nuovamente allo spedale di dove, ottenuta alla meglio la emostasi, la si congeda con la notizia che ha un tumore dell'utero o dell'ovajo per cui non è alcuna cura. Da quell'epoca mentre il tumore cresceva la donna passava alternativamente da dolori alle perdite, da queste a quelli, finchè un po' le sofferenze, un po' la debolezza la portano un'altra volta all'ospedale donde viene inviata nell'istituto ostetrico ginecologico.

Stato presente. — Nutrizione discreta, pannicolo adiposo e muscolatura

soddisfacenti; un po' di pallidezza e debolezza; visceri toracici e addominali sani; qualche lieve turba isterica (bolo.... malinconia.... qualche giorno d'inappetenza e travaglio di stomaco); locomozione alquanto difficile per dolore in fondo all'addome, prevalente a destra: la mestruazione sempre abbondante, cosa inaspettata, ora manca da 4 mesi; vi tien posto una non copiosa, ma continua leucorrea.

Con la ispezione addominale si constata un rialzo alquanto irregolare che a destra si spinge su fin contro il margine costale; la cicatrice ombellicale è appianata, la linea medio-addominale alquanto pigmentata sotto la cicatrice; si veggono, ma poco numerose le smagliature delle gravidanze pregresse: palpando si avverte subito una intumescenza voluminosa, irregolare, di consistenza pastosa e a sinistra come oscuramente fluttuante, che dal centro dell'addome si estende a sinistra e a destra, ma più assai in quest'ultima direzione, dove come dissi, arriva contro il margine costale. La intumescenza pare costituita da due masse, una più grande sul mezzo e a sinistra, una più piccola a destra, che si direbbe staccarsi dal di dietro della massa principale con un peduncolo che lungo e sottile permette al tumore medesimo di essere cacciato fin contro il margine costale. Facendo pressione alquanto forte, ciò che la tolleranza, quasi assoluta indolenza del tumore permette, si arriva a constatare che non v'ha peduncolo, ma una semplice depressione, o strozzamento, dal quale la massa del tumore viene divisa in 2 parti disuguali. Verso la regione iliaca parendo marcata, ma profonda la fluttuazione, vi si fanno due punture esploratrici che tornano affatto negative. — Vagina normale, muso di tinca voluminoso con orifizio di multipara occupato da un tumoretto di color rosso vivo, del volume di una grossa nocciola, lobulato; fornici liberi, segmento dell'utero espanso; la sonda penetra difficilmente per 62 mm. Si fa diagnosi di polipo cervicale che viene tosto schiacciato e rimosso, e di voluminoso fibromioma sottoperitoneale e in qualche punto interstiziale del corpo uterino. — La misurazione del 12 marzo dà le cifre seguenti:

Con il nastro:

Semicirconferenza longitudinale mediana	Cent.	22
» trasversale a sinistra	»	23
Sulla ombellicale trasversa, semicirconferenza . .	»	16
Dal bellico a sinistra	»	14
» a destra	»	8
Sopra l'arcata pubica (semicirconferenza)	»	12

Con il compasso:

Diametro longitudinale mediano	Cent.	15
» trasversale	»	12
Dal pube al culmine della massa più piccola ch'è all'arco costale destro	»	23

L' ascoltazione riesce negativa e l'ispezione fa constatare sano e ben conformato il pudendo esterno.

Tre giorni dopo l' ingresso, cioè il 13 marzo, in compagnia di forti dolori pelvici e cefalea compare uno stillicidio sanguigno che dura, poco abbondante, 12 giorni; nel mese di aprile, alla medesima epoca nuova ma molto più copiosa perdita; in maggio e giugno ancora e abbondante, associata con sofferenze nevralgiche per le quali la donna è costretta a trattenersi a letto 7 giorni.

Il 21 maggio si fa una 2ª misurazione del tumore che dà le cifre seguenti:

Semicirconferenza longitudinale mediana	Cent.	24
Trasversalmente a sinistra	»	27
Sull'ombellicale trasversa, semicirconferenza . . .	»	23
Semicirconferenza sull'arcata pubica	»	12
Dal bellico alla S. I. A. S. S.	»	18
» alla S. I. A. S. D.	»	15
Diametro longitudinale mediano	»	17
» trasversale sull'ombellicale trasversa . .	»	13
Obliquamente nell'asse maggiore	»	21
Dal pube all'arco costale destro	»	30
Circonferenza ombellicale	»	83
» sottombellicale.	»	84
Distanza xifo-pubica	»	31
» xif' ombellicale	»	16

Addì 21 giugno altra misurazione che rileva un centimetro in più nelle dimensioni trasversale e longitudinale del tumore il quale dal giorno dell' ingresso sarebbe aumentato in una direzione di 5, in altra di 4, in altra di 3 centimetri, in quella che la mestruazione ha mostrato tendenza a farsi più copiosa con accompagnamento sempre di sofferenze neuralgiche. Dispostissima la donna all' operazione della cui necessità facevasi ogni mese più convinta, si fissa per farla il 29 giugno, alle ore 2 $^1/_2$ pom., 8 giorni dopo cessato completamente il flusso mestruale.

L'anfiteatro viene preparato come per le altre; la temperatura è 27°: la cloroformizzazione riesce lunghissima e stentata per il lungo periodo di eccitazione e vomito ripetuto. Laparotomia mediana di circa 9 cent. d'altezza; spaccato il peritoneo e fissatolo agli angoli della ferita con due punti nodosi di seta, si va alla ricerca degli annessi di sinistra; invano si cerca l'ovajo e si riesce a portare di fronte alla ferita la tromba ch'è grossa, tortuosa e fluttuante; si lega in alto e in basso, si punge con esito di liquido limpido (idrosalpingx) e poi si esporta il tratto compreso tra le due legature. A destra invece si trova l'ovajo piuttosto ingrossato, ma sano; la tromba pur essa è idropica; s'imprigiona il legamento utero-ovarico e la tromba nelle branche di un lungo Klemmer; si passano con l'ago Deroubaix due robusti fili di seta; si accavallano e dopo qualche minuto di attesa, si escide quanto sta sopra i fili; la emostasi è perfetta, e compiuta la pulizia e lavatura peritoneale, si fa la solita chiusura della breccia addominale, senza mettere tubo a drain.

Corso della malattia chirurgica. — Vomito ripetuto e ostinato ne' primi 3 giorni, e un po' di meteorismo; temp. tra 36,3 e 37,9 massima, polso tra 62 e 84, respiro 18 a 24; alvo chiuso fino al 5° giorno, per cui le si porge un infuso di sena che torna efficacissimo; dal 4° al 7° giorno metrostaxis non copiosa; l'8° giorno si levano i punti della sutura addominale, e l'indomani (9° giorno) l'operata si leva dal letto per un'ora; tutto da questo momento procede regolarmente, la mestruazione di luglio manca; il tumore misurato il 12 luglio presenta una diminuzione di 2 $^1/_2$ cent. nel senso trasversale, di 3 nel senso longitudinale, di 2 $^1/_2$ dal bellico alle spine illiache anteriori superiori; dal pube all'arco costale destro 27 invece di 30 c.c.; da 15 giorni è libera da ogni sofferenza, le forze sono tornate, il morale ottimo, e il 27 luglio, cioè 28 giorni dopo la operazione la donna lascia l'istituto promettendo di farsi rivedere.

---

3 Settembre 1885. — Rivedo in questo giorno, cioè 14 mesi dopo la operazione, la Maria Carlini. Il tumore s'è fatto mobilissimo, e nella sua involuzione ha raggiunto le dimensioni del pugno di un adulto; nessuna sofferenza; condizioni generali buone.

Un mese dopo la operazione rivide la mestruazione, ma scarsissima e senza dolori, che irregolare si ripetè per 8 mesi, da 6 mesi la menopausa si mantiene.

È questo un 2° fatto che sta contro la teoria di Löwenthal sulla mestruazione.

Osservazione 5.ª

Eva Montig.... nubile, di 29 anni, nullipara; fa la trecciajola; è sofferente da circa 4 anni; pallida, oligocitemica e isterica; niun precedente morboso importante. La 1ª mestruazione comparve a 14 anni e si mantenne il flusso regolare per 11 anni, ossia fino al 1880 quando la ragazza in quella che avvertiva crescere il ventre constatò farsi la mestruazione irregolare, poi menorragica, e infine da un anno a questa parte soffrire di vere metrorragie; sì queste che quella sempre associate a forti dolori e a turbe isteriche variabili e piuttosto forti. Entra in clinica il giorno 9 giugno per essere curata in quel qualunque modo che si sarebbe creduto più conveniente, disposta anche alla isterectomia sopravaginale.

L'anamnesi e l'esame diretto impongono la diagnosi di fibroma (o fibromi) interstiziale e sottomucoso con ipertrofia correlativa dell'utero che misura, nell'interno, 14 cent.

Le dimensioni del tumore prese il 10 giugno sono:

Circonferenza addominale	Cent.	75
Dal pube alla punta sternale	»	32
Dal pube al bellico	»	17
Dal bellico alla S. I. A. S. destra	»	16
» » sinistra	»	15
Diametro longitudinale	»	16
» trasversale.	»	17

Il giorno 30 giugno si rinnova la misurazione e si ottengono le cifre seguenti:

Circonferenza addominale	Cent.	80
Dal pube alla punta sternale	»	34
Dal pube al bellico	»	17
Dal bellico alla S. I. A. S. destra	»	17
» » sinistra	»	17
Diametro longitudinale	»	24
» trasversale.	»	26

V'ha dunque un aumento notevole del tumore che si direbbe preso da da evoluzione rapida, vertiginosa!!

L'esame con lo speculum e digitale non rivela particolarità degne di nota, e solo confortano la diagnosi fatta. Il 10 luglio, cessato da 7 giorni ogni flusso sanguigno genitale, si procede alla operazione.

Anfiteatro come per le altre: ore 10,15 ant. Temp. 27,5 c.c.; la cloronarcosi è pronta e molto quieta. Laparotomia mediana di circa 10 cent.; aperto il peritoneo lo si fissa con 4 punti, uno per angolo, e uno sul mezzo dei margini della ferita. Si va quindi alla ricerca degli annessi di sinistra che sentivansi anche attraverso la parete addominale e che si trovano subito; ovajo ipertrofico, ma sano, tromba idropica; si fissa il tutto con un lungo Klemmer, indi passati due robusti fili, si fanno le solite allacciature, si escide, indi si abbandonano i monconi coi fili, poi si passa a destra dove un po' più difficile riesce il ritrovamento dell'ovajo ch'è sano, e della tromba che porta nel padiglione una piccola cisti, e un pacco di ectasie venose veramente colossali: ne' maneggi per portare l'ovajo nel campo della ferita mi accorgo di solide aderenze del tumore posteriormente. Fatte l'allacciatura e la escisione a destra, si torna a sinistra e tirando con delicatezza sui fili si rendono visibili i monconi che constato anemici, taglio i fili e affondo; medesima manovra a destra; lavatura e ripulitura del peritoneo, poi sutura della ferita con 6 punti profondi e 2 cutanei; medicatura solita; durata dell'atto operativo 40 minuti: risveglio della operata ottimo; niun fenomeno di shock nè di emorragia.

Andamento consecutivo. — Vomito ripetuto e ostinato ne' primi 3 giorni; meteorismo, lieve dolore alle fosse illiache; temp. tra 37,4 e 39,1 la sera del 3° giorno: lievissimo senso di perfrigerazione; polso piccolo, frequente; (tra 90 e 100) alvo chiuso; abbattimento e pallore sospetto; dubito di setticemia, e nella mattina del 4° giorno tolgo i due ultimi punti, riapro il peritoneo, e dato esito a 2 cucchiajate di sangue alterato (sanie) faccio una lunga lavatura con soluzione bicloruro di mercurio all' 1 $^{00}/_{00}$, e lascio un lungo tubo a *drain* di vetro: il quadro fenomenico non si modifica; torna il vomito, il meteorismo cresce, l'alvo è sempre chiuso, la temp. tra 38,5 e 39,2, polso 102 a 130, respiro 28 a 32, abbattimento progreseivo, inquietudine, vaniloquio, e morte il 15 luglio all' 1 ant. cioè nel 5° giorno dall'operazione.

Necroscopia. — Versamento di circa 300 grammi di sangue tra le anse intestinali e alle regioni lombari; la colorazione del sangue indica che la effusione si è fatta nelle prime ore dopo la operazione: qua e là reperto di peritonite settica limitata alla regione sottombellicale.

I fili di sinistra tengono bene; a destra invece si trova il grosso peduncolo fatto dalla tromba escisa e dal legamento utero-ovarico, là dov'erano le vene varicose, ricoperto da un grumo molliccio; le boccuccie delle vene sono otturate da trombi molli, diffluenti; i due fili de' lacci non sono accavallati, per cui

il tessuto compreso tra i due fili avendo ceduto permise a' lacci di allentarsi e lasciar fluire il sangue che fu trovato alla necroscopia e quello che venne dalla riapertura della ferita fatta al 4° giorno.

L'atto operativo non fu evidentemente asettico; trovarono i germi patogeni nel sangue effuso una specie di liquido da coltura che rese mortale quel processo di setticemia che forse si sarebbe circoscritto e avrebbe permesso la guarigione..... È dunque una morte da imputarsi non al metodo, ma a un errore di tecnica; non alla operazione, ma all'operatore; ammesso peraltro che se ne voglia addebitare il metodo e la operazione, essendo questa la sola morta per colpa dell'operazione, su 10 operate, darebbe la non alta proporzione di 10 % di mortalità.

Osservazione 6.ª

Laura D.... servente, maritata, 43 anni, nullipara, viene accolta l'11 novembre 1884, e registrata col N. 230. Pubere a 15 anni, ebbe le mestruazioni molto abbondanti fino a 18 anni; a questa età, e in seguito a un bagno di mare (dice la donna) contrasse una malattia febbrile per la quale parve rimettesse alquanto l'abbondanza del flusso sanguigno mestruale. Di precedenti morbosi conta un'adenite inguinale destra, probabilmente semplice, suppurata e una bronchite acuta di breve durata.

Da due mesi soffre di stiramenti lombari e pelvici, di stipsi ostinata che resiste a' clisteri, ed è vinta molto parzialmente dai purganti, e di difficoltà, e anche impossibilità di mingere: la mestruazione sempre copiosa presenta ora di speciale uno strascico sanguigno che dura da 10 a 15 giorni. L'ammalata mostracisi molto deperita, con le note di oligocitemia spinta: la debolezza muscolare è tanta da costringere la donna a stare quasi continuamente in letto, quando non ve la costringano i dolori, e i fenomeni di compressione vescicale e intestinale. E le sofferenze devono essere molto serie a giudicare dalla vivacità e insistenza con la quale la poveretta invoca un soccorso purchessia anche una operazione grave.

Esame diretto. — La palpazione sulla regione sopra-pubica è assai dolorosa; l'infossamento della parete addominale viene limitato da una intumescenza molto dura che arriva a livello dello stretto superiore; la pressione sulla regione ovarica sinistra risveglia dolori assai acuti nell'arto inferiore corrispondente; in alto corrispondente alla S. illiaca si avverte una massa cedevole, pastosa e parzialmente spostabile e che mantiene la impressione; si giudica un accumulo assai cospicuo di materie fecali; a destra sensibilità normale; l'ascoltazione è negativa. Con l'ispezione non si avverte alcuna particolarità degna di nota,

tranne un color pavonazzo, da stasi venosa, della mucosa vulvo-vaginale. Con il riscontro digitale si sente una massa tondeggiante, liscia, durissima attraverso il fornice vaginale che da quella è spinto fin verso la metà del canale: la massa è pochissimo mobile, e fa corpo con la parete posteriore dell'utero: il collo vaginale è cacciato in alto verso il pube, e un po' a destra; la sonda penetra per 11 cent. e si avverte il canal cervicale assai tortuoso.

Si accoglie il concetto diagnostico di *fibroma della parete posteriore dell'utero* con fenomeni di compressione vescicale e rettale, e si propone alla donna la ovariotomia doppia che viene accettata senza esitazione: pertanto s' istituisce subito una cura tonico-ricostituente, provvedendo alla meglio contro la compressione della vescica e del retto, e il giorno 29 novembre 1884 si procede alla operazione, alle ore 2 $^1/_2$ pom. temp. dell'anfiteatro 19°. Disinfezione, nebbia fenica, cloroformio, laparotomia come nelle altre. L'ovaio sinistro con la tromba corrispondente vien portato fuori con facilità; ne' maneggi si rompe una piccola cisti del padiglione della tromba: l'ovajo destro a tutta prima non si avverte, sepolto com'è in un'atmosfera di essudato di vecchia data; s' incide questa buccia neoformata strato strato, si enuclea l'ovajo e in compagnia della parte più alta della tromba viene preso con molto stento però tra le branche della pinzetta comprimente. Affondati, dopo certi della emostasi, i due peduncoli, lavato, ripulito e asciugato diligentemente il peritoneo, procedo alla chiusura completa della ferita con 8 punti di seta di Firenze. Il risveglio della donna fu pronto; niun fenomeno di shock; durata della operazione 40 minuti. Solita medicatura.

Andamento consecutivo. — Tutto procede regolarmente sino al 7° giorno nel quale si tolgono i punti della sutura; coalito regolarissimo; ventre appianato, punto dolore.

In tutto questo tempo s'era dovuto siringare ogni 4 ore la vescica; l' intestino è sempre ribelle, chè mediante clisteri e poi purganti non si ottengono vere defecazioni, ma dejezioni liquide molto tinte e fetenti; nel colon discendente s'avverte sempre la massa fecale, ma più cedevole. Finalmente il 12° giorno, dopo un enteroclisma con olio (1 litro) e grazie al diminuito volume del tumore si ottengono defecazioni straordinariamente abbondanti per cui il tumore pastoso sentito a sinistra è quasi scomparso.

Intanto peraltro da parte della vescica si addensa la tempesta; la sera del 7° giorno la temperatura che s' era mantenuta fin' allora al massimo di 37,4 è trovata febbrile (38,5) e l' orina estratta col catetere appare torbida, filante, un po' fetente.

Esordiva una cistite purulenta che diffondevasi lentamente all' uretere e al rene destro; la febbre si faceva continua remittente (febbre consuntiva), e la poveretta soccombeva il 3 gennajo 1885, cioè 35 giorni dopo la operazione.

Il reperto cadaverico fu di pielo-nefrite e cistite suppurata.

Anche di questa morte non va incolpato il metodo terapeutico, e molto indirettamente la operazione. L' infezione venne probabilissimamente data con la siringa vescicale; ma della necessità di questa non l'atto operativo ma la compressione fatta dal tumore fu la causa.

Osservazione 7.ª

Enrichetta Fosc.... 38 anni, nubile, nullipara, gracile assai e nervosa, di mestiere servente, viene accolta nell' istituto per la 2ª volta il 3 luglio 1885; n'era partita il 15 febbrajo dopo che con injezioni uterine di percloruro di ferro s'era posto fine a una metrorragia ostinata: di operazione non volle sapere.

Pubere a 14 anni non avvertì disturbi, irregolarità e sofferenze di qualche rilievo nella mestruazione fino a 3 anni fa circa, cioè al 35° anno di sua età.

Da questo momento le mestruazioni si fanno copiosissime, rientranti e, al dire dell'ammalata, incomportabilmente dolorose: da quest'epoca parimenti essa si accorse di una intumescenza soprapubica molto dura e alquanto irregolare che presentava alternative di aumento e diminuzione, quello sull' esordio del ciclo mestruale, questa dopo compiuto il ciclo. A' dolori pelvici si associano, durante il periodo mestruale, fenomeni di compressione rettale e vescicale, questi ultimi più spiccati, e turbe nervose isteriformi cerebrali, cardiache e gastriche; fece senza effetto utile una cura di qualche mese col bromuro di potassio.

Di precedenti morbosi la nostra inferma ricorda la periostite sofferta, da bambina, all'avambraccio sinistro e alla mano destra (sono visibilissime le traccie) la polmonite a 25 anni, il tifo a 26 e qualche mese più tardi la poliartrite.

Esame diretto. — La regione ipogastrica si mostra lievemente arcuata, specie a sinistra, e scorgesi alquanto ipercromica la linea medio-addominale dal pube alla cicatrice ombellicale. Con la palpazione si avverte una intumescenza dura molto, e alquanto irregolare che dalla linea mediana si estende ai lati, e più a sinistra e in alto, a tre dita circa sotto il bellico; è alquanto dolente alla pressione, e pochissimo spostabile sì nel senso longitudinale che trasversalmente; la percussione trova un'area ottusa larga quanto la mano; l' ascoltazione è negativa; con la misurazione si trova 14 $^1/_2$ c. nel senso longitudinale e 19 $^1/_2$ trasversalmente. Genitali esterni normali; nulla di particolare nella vagina; riscontro doloroso ai fornici; utero in latero-versione a destra; attraverso il fornice anteriore si apprezza una intumescenza tondeggiante, dura e del volume di un' arancia; qualche granulazione sulla cervice vaginale ch'è alquanto congesta; la sonda penetra obliquamente da sinistra a destra per 9 cent.

Si pone la diagnosi di fibroma interstiziale e sottomucoso della parete an-

teriore dell'utero e viene riproposta la menopausa artificiale o castrazione che la donna stanca di soffrire e fatta più che persuasa della inutilità delle cure fatte in passato, accetta dopo qualche giorno di esitazione.

Il giorno 9 luglio compare la mestruazione che con il riposo, le applicazioni fredde e simili si rende moderata; il giorno 16 si considera finita, e il giorno 21 dello stesso mese si procede alla operazione alle ore 10 ant.

Temperatura dell'anfiteatro 28°; disinfezione con i vapori di solfo, lavatura con deutocloruro al 1 00/00; nebbia fenica (circa 9 0/0 essendo la soluzione al 10 0/0) Cloroformio Laparotomia sulla linea mediana, strato a strato; aperto il peritoneo esce un bicchiere circa di liquido lievemente torbido; i soliti 2 punti agli angoli della ferita. Nel campo di questa appare tosto il tumore di color pavonazzo, e assai più grosso di quanto si era giudicato, per cui credo conveniente di allargare alquanto la breccia. Vado quindi alla ricerca dell'ovajo destro che viene portato fuori con assai difficoltà, essendosi accorciato il legamento utero varico, in compagnia della tromba e di una cisti del para-ovario, grossa come una nocciola. Applicato il Klemmer faccio i soliti 2 peduncoli, accavallo i fili, lego, taglio, e affondo provvisoriamente.

Altrettanto faccio a sinistra dove le difficoltà per portare alla luce l'ovajo sono maggiori che a destra, sì perchè l'utero e il tumore hanno ruotato verso quella parte portando più in dietro l'ovajo, sì perchè in causa di assai tenaci adesioni dell'utero posteriormente non si può correggere che molto limitatamente l'avvenuta rotazione: anche questo ovaio è assai voluminoso.

Fattane la escisione in compagnia del 3° esterno della tromba procedo all'esame della regione destra e trovo alquanta emorragia da un po' di distacco del peritoneo in vicinanza dell'origine del legamento ovarico; cauterizzo con il Paquelin la superficie che dà sangue, poi riportato di fuori, tirando sul filo della legatura, il moncone dell'ovajo e della tromba, ne cauterizzo la superficie col Paquelin e certo dell'emostasi taglio i fili e abbandono il peduncolo; identica manovra a destra, indi lavatura e ripulitura del peritoneo, poi chiusura della ferita con 5 punti staccati (seta di Firenze) comprendenti il peritoneo; polvere di jodoformio sulla ferita, e coperta listeriana mantenuta con materassina di migliarola di piombo. La operazione durava 35 minuti, e 50 minuti dopo l'esordio la donna, ripresa la coscienza, è nel suo letto.

Andamento della malattia chirurgica. — Vomito e singhiozzo ripetuto nelle prime 24 ore che noi si attribuisce in parte al cloroformio, in parte alla stringitura de' peduncoli; polso piccolo, frequente, alquanto irregolare, fisionomia un po' abbattuta, nessun brivido, temp. fra 37 e 37,6.

Al 4° giorno il termometro segna una massima di 38,6, al 5° di 38,3 al 6° di 38; null'altro di particolare tranne la metrostaxis molto copiosa.

Dalla sera del 6° giorno in poi regolarità funzionale sott'ogni rispetto; dal 7° all'8° giorno si levano i punti di sutura; il coalito è regolare e completo, e il 2 agosto, cioè il 12° giorno dall'operazione lascia il letto per qualche ora.

Stato di questa operata il 10 settembre 1885. La metrostaxis che fu piuttosto copiosa si protrasse con qualche esacerbazione per circa 20 giorni. Oggi, 10 settembre, lo stato della operata è ottimo: la mestruazione non comparve, ogni dolore è cessato, e il tumore nella sua progressiva involuzione si è ridotto a 7 cent. di altezza, cioè della metà circa nel volume che aveva al momento della operazione.

Il giorno 11 settembre la operata lascia l'istituto: la si rivide in novembre; il tumore, scemato, di volume tende a estrinsecarsi dalla cavità uterina; con tutto ciò i dolori sono sopportabilissimi, « *non v'ha emorragia!!*

Osservazione 8.ª

Carmelina Mand.... vedova, 38 anni, povera contadina, proveniente da Palazzolo Modenese, viene accolta il 23 giugno 1885. Magra, di colorito pallido terreo, sdentata, debole, ha l'apparenza di una età molto più inoltrata. È vedova da 7 anni; ebbe due parti, uno prematuro (ottimestre) e l'altro abortivo (4 mesi); questo avvenuto otto anni sono fu seguito da puerperio febbrile che la tenne in letto per 22 giorni. Di precedenti morbosi ricorda oltre le eruzioni proprie dell'infanzia, una bronchite, e la periostite al mascellare inferiore. Da un anno e mezzo soffre di dolori epigastrici, lombari e pelvici che l'ammalata dice fortissimi; co' dolori comparvero irregolarità nella mestruazione che s'era mantenuta regolare fin da 14 anni; ogni mestruazione è seguita da stillicido sanguigno più o meno prolungato nel periodo intermestruo; e, cessato il sangue, dà uno scolo leucorroico assai copioso che insieme ai dolori e alla emorragia concorse al notevole deperimento che trasse la donna alla clinica.

Esame diretto. — Con la palpazione si avverte una intumescenza dura irregolare, più lunga che larga, a sinistra della linea mediana, mediocremente mobile, poco dolente innalzantesi di circa 4 dita sul pube: con il riscontro combinato si mette fuori dubbio la dipendenza del tumore dall'utero; la sonda s'inoltra in questo per 10 centimetri: nulla di notevole nella porzione sotto-vaginale dell'utero, nella vagina e fornice; funzioni degli altri grandi apparati buone.

Si pone la diagnosi di fibromi uterini uno probabilmente sotto-peritoneale, e uno piccolo sotto-mucoso: la proposta della cura chirurgica, dapprima respinta dalla donna, viene accettata dopo saputa la guarigione di una sua compagna operata di ovariotomia; s'era nella 2ª quindicina del luglio, e la operazione si compie il 28 dello stesso mese.

Temperatura dell'anfiteatro 32°; della donna 36,8; disinfezione abituale dell'ambiente, della biancheria, delle spugne, degli strumenti; spray con soluzione fenicata al 10 %; anestesia col cloroformio, laparotomia sulla linea mediana; l'utero e il tumore formano una massa grande quanto una bell'arancia; si estrae prima l'ovajo sinistro dopo lacerate, senza emorragia, poche e lasse aderenze, con la sua tromba che ha 3 bellissime cisti di volume differente, quanto una noce la più grossa, e la più piccola quanto una nocciola.

L'ovajo destro che porta una cisti colloidea del volume di una noce, viene con facilità estratto in compagnia della tromba; legatura, formazione del peduncolo, cauterizzazione della superficie del taglio con il Paquelin, e affondamento come nell'altro caso.

Lavatura del peritoneo con acqua fenicata al 2 %, indi ripulitura, e poi sutura completa con 5 punti profondi: tanto questi che i lacci de' peduncoli vengono fatti con seta di Firenze. Iodoformio sulla ferita e coperta listeriana tenuta dalla materassina di piombo.

Corso della malattia chirurgica. — Fu regolarissimo: metrostaxis al 2° giorno della durata di 4, e poco abbondante: massima termica di 37,6 al 4° giorno, e poi oscillazioni da 36,4 a 37; polso da 42 a 60; niun risentimento nè fenomeno riflesso, gastrico, intestinale o peritoneale; all'8° giorno si tolgono i punti, e si constata coalito regolare: si alza il 10° giorno.

10 Settembre. — La mestruazione di agosto manca; non ebbe altra perdita nè sanguigna, nè leucorroica; i dolori sono scomparsi, la nutrizione è molto migliorata, tornate le forze; il tumore arriva un dito appena sopra il pube; il 15 settembre la operata lascia la clinica. Fino al dicembre non si hanno altre notizie, segno che tutto procede bene.

Osservazione 9.ª

Silvia Sol.... 42 anni, vedova, cucitrice di bianco è accolta nell'istituto il 7 luglio 1885. È apparentemente robusta, di alta statura, slanciata, di forme regolari, tranne il volto alquanto disarmonico e lievemente butterato dal vajolo La pelle bianca e morbida, i capelli e gli occhi neri, mobilissimi, la intelligenza pronta, la mano affusolata e lunga (psichica), il comportamento, tutto insomma in lei accenna una costituzione nervosa. Non ricorda precedenze morbose di rilievo, salvo il vaiolo sofferto a 4 anni. Si fa sposa a 29 anni, ed ha un parto fisiologico 15 mesi dopo: pubere a 12 anni non rilevò particolarità morbose locali sino a qualche mese dopo la morte del marito; la psiche invece modificavasi notevolmente diventando la ragazza, per tutto il periodo mestruo, solitaria, taciturna, malinconica e fantastica più assai dell'usato.

Rimane vedova 18 mesi dopo maritata, e sin d'allora cominciò a notare speciali sofferenze negli organi pelvici durante ciascun periodo mestruale; erano sensazione di peso, stiramento, fitte dolorose predominanti a sinistra e diffondentesi all'arto addominale omonimo: tutto ciò la paziente giudicò allora conseguenza dello strapazzo subito durante la lunga malattia (tubercolosi polmonare) che trasse a morte il marito. Più tardi alle sofferenze indicate si aggiunse l'abbondanza del flusso mestruo che dal 1882 in qua diventò vera dismenorrea emorragica; difatti lo scolo sanguigno, anche copioso, durava da 10 a 15 giorni. Codesto stato di cose non modificavasi sensibilmente in seguito alle varie e molte cure mediche fatte, e la Silvia decidevasi a venire nell'istituto in cerca di una cura chirurgica.

Con la visita ginecologica istituita il 9 luglio si raccolgono dati sufficenti per sospettare fortemente la presenza di un piccolo fibroma sottomucoso della parete antero-laterale sinistra del corpo uterino: la mestruazione, avviata nel momento dell'ingresso della donna in clinica, continua e copiosa; perciò, rimandata ogni decisione terapeutica causale a epoca più opportuna, si risponde per il momento alla indicazione di maggiore urgenza che è la emostasi.

In conseguenza si fa subito una injezione endo-uterina di tintura jodica; la si ripete il 13 e il 26 di luglio. Stato soddisfacente fino al 20 agosto, quando riaffacciatesi la menorragia, si deve ripetere la injezione; la emostasi è perfetta il 4 settembre, ma dopo 2 injezioni di percloruro di ferro. Verso il 20 di ottobre e quando la paziente cominciava a riprendere forza, ricompare la menorragia che si deve combattere con 3 injezioni di percloruro di ferro, e 2 zaffamenti vaginali; facendo questo si avverte cresciuto assai il tumore che permette di stabilire netta la diagnosi « fibroma sottomucoso del corpo dell'utero. » La donna più sfiduciata che mai reclama vivamente una operazione, e questa viene fatta il dì 11 di novembre alle ore 2 pom. L'esame locale ripetuto il dì prima ci fa constatare altro aumento nel tumore che dal pube al fondo misura 7 centim. e 8 nel senso trasversale; la sonda uterina penetra per 83 mm. La temperatura dello anfiteatro preparato come per le operazioni precedenti è di 22°: la cloronarcosi torna lunga e stentata e si consumano 140 grammi di cloroformio!

La incisione addominale, a malgrado di tutta l'attenzione, cade sul muscolo retto di destra che viene spaccato alquanto obliquamente. Aperto il peritoneo si scorge il fondo e parte della parete anteriore dell'utero di color rosso cupo e assai vascolarizzato, del volume di una grossissima pera. La ricerca e la estrazione dell'ovaio destro che porta il grosso o aariolo dell'ultima mestruazione, riesce agevole; lo fisso con il klemmer e vado alla ricerca dell'altro; lo trovo presto, ma non mi riesce portarlo a livello del compagno in causa specialmente della resistenza del suo legamento accorciatosi molto per lo sviluppo preponde-

rante del tumore da quella parte e in avanti. In questo frattempo la donna è presa da potenti conati di vomito che il cloroformio stenta molto a dominare, per cui a malgrado di forte e intelligente contropressione fatta dall'aiuto Dr. Fasola, molte anse intestinali vengono fuori. Le si avviluppano in morbida flanella calda disinfettata, si devia il getto dello spray onde non raffreddarle, quindi posti rapidamente i lacci sull'estremo della tromba e sul legamento utero varico di ciascun lato, fatta la recisione, cauterizzata la superficie de' due monconi, e affondati, dopo vista stabile la emostasi, si procede alla riposizione delle anse fuori uscite, impresa riuscita molto laboriosa. Compiuta questa il rimanente va spiccio e regolare; tempo impiegato 45 minuti dopo la cloronarcosi.

Andamento della malattia chirurgica. — Condizioni generali e locali della operata buone fino al 4° dì nel quale il termometro segna 38,7: si esamina la ferita, e si trova lieve tumefazione dolente lungo il margine sinistro, specie in corrispondenza ai 3 ultimi punti, dove il muscolo retto era stato maggiormente offeso. La temperatura oscilla fra 37,4 e 38,8 fino al 7° dì quando si tolgono i fili della sutura; allora facendo pressione sulla intumescenza notata, si spreme fuori e da' tre ultimi punti, e dall'angolo inferiore una grossa cucchiaiata di sanie grigio-rosea; la sera medesima il termometro segna 36,8, e da questo momento la temperatura si mantiene nella norma sempre. Peraltro 2 terzi della ferita cutanea cicatrizza per granulazioni, e non per prima come s'era sperato ne' giorni antecedenti.

Il 2 novembre, 10° dalla operazione, lo stato della operata è così soddisfacente che le si permette per l'indomani di abbandonare il letto. Ma nel mattino del 22 dopo un periodo assai breve di sovraccitazione e di loquacità insolita, è presa da vero delirio loquacissimo e caotico, ma senza perdita della coscienza e della memoria; ricorda quanto s'è fatto sul suo corpo, e riconosce tutte le persone che la frequentano. Temperatura, polso, respiro, funzioni gastriche, intestinali, vescicali regolari: si suppone trattarsi di un accesso d'istero-follia coincidente con il periodo mestruale che doveva cominciare il 22; non compare peraltro goccia di sangue, nè la donna si lamenta delle sofferenze che in passato accompagnavano la evoluzione dell'ovisacco. Si fa una energica cura calmante con la morfina per via ipedermica; il delirio dura 10 giorni, variabilissimo nel suo carattere, poi entra, ma gradatamente la calma, e il dì 6 dicembre la operata lascia il letto per qualche ora. Nel periodo mestruale di dicembre (dal 22 al 28) il delirio non si ripete; si mantiene la menopausa, niun dolore pelvico, tumore assai diminuito; stato generale ottimo, congedo della operata il 10 gennaio 1886.

APPENDICE

E qui mi si conceda tenere la parola per qualche minuto ancora onde, a titolo di appendice, dare un riassunto di due casi di castrazione diretta contro quella grande nevrosi, così frequente nella donna, ch' è l'istero-epilessia.

Incoraggiato dal notevolissimo miglioramento che si ottenne nella prima operata della quale riferii, la Quirina Cant...., e giovandomi dello stato civile, non che delle condizioni sociali particolarmente tristi delle 2 operate di cui sto per dire, proposi e feci la operazione dopo ch' ebbi minutamente esposto loro lo scopo di essa, la *probabilità soltanto* di riuscire, e la certezza della sterilità che ne sarebbe conseguita, e dopo avutone il ben ponderato consenso.

Osservazione I. — Elettra Gualtieri, nubile, di 29 anni, senza mestiere speciale, viene accolta il 20 maggio 1885. È alta di statura, scrofolosa, tendente alla pinguedine. Prima mestruazione a 14 anni, le successive sono irregolari e dolorose, e accompagnate da moltiforme turbe isteriche; di quando in quando caratteristici attacchi convulsivi istero-epilettici; il tempo di maggiori sofferenze coincide sempre con il periodo mestruale. A 26 anni ha un parto gemello seguito da puerperio febbrile per endometrite.

Abbandonato l'Ospizio dove s'era sgravata, nelle sezioni occulte, viene accolta in un convento tenuto dalle suore di carità (S. Vincenzo di Paola). Di qui viene inviata ripetutamente allo spedale di S. M. Nuova e alla Maternità, sempre per le sue sofferenze nervose e passa in questi due Istituti a più riprese, 7 mesi. Ora ci ritorna preoccupata specialmente da una grande debolezza muscolare negli arti addominali che le rende impossibile la stazione verticale e la obbliga a stare in letto da 15 a 20 giorni ciascun mese. A rendere più miserande la condizione di questa ragazza concorre lo stato de' genitori; il padre ha 74 anni ed è scemo; la madre ne ha 66, e tiene il letto inferma (catarro bronchiale). Proposta e accettata, come dissi, la ovaro-salpingectomia, la eseguisco il 28 luglio u. s. Nulla di speciale devo notare rispetto all'atto chirurgico condotto come i precedenti. A sinistra gli organi sono sani, a destra la tromba è sana ma

l'ovaio porta un cistoma colloideo del volume di una grossa nocciola; ambo le ovaia sono molto voluminose.

Andamento consecutivo. — Il 2° giorno dall'operazione un lieve attacco convulsivo coincidente con la metrostaxis che dura 5 giorni. Il 10° giorno si alza: l'indomani accusa un po' di perfrigerazione accompagnata da una ipertermia di 40°; questa febbre, oscillando tra 38,3 e 39, si mantiene per 6 dì; niuna cura speciale, tranne il letto. Nel 7° giorno s'eran levati i punti; il coalito è regolarissimo; il tramite di un punto ha dato qualche goccia di pus.

La mestruazione di agosto non è comparsa; non ebbe finora attacchi convulsivi, nè turbe nervose un po' importanti; la paresi addominale scomparsa affatto; appetito, nutrizione, morale ottimo. Sarà congedata dopo trascorso il periodo mestruale di settembre. Rivedesi alla fine di dicembre e si trova in ottima salute!

Osservazione II. — Pretolani Gherardina, 20 anni, nubile, innocentina (trovatella) servente, viene in Clinica il 25 giugno. Mestruata a 13 anni; le successive sono irregolari e accompagnate da turbe isteriche, specialmente cerebrali e neuralgie lombari e pelviche; è gracile, bassa di statura, con note di rachitismo, bionda, strabica. Partorisce a 18 anni (febbraio 1884) nella sezione occulta della maternità fiorentina, e un mese dopo il parto viene accolta in Clinica con diagnosi di prolasso uterino; si trova lieve prolasso della parete vaginale anteriore e incipiente cistocele. Si fa la colporasia col processo Sims. Guarisce presto della operazione; qualche settimana dopo è presa da forte leucorrea.... poi, durante la mestruazione, di cistoplegia che dura 22 giorni e viene curata con la faradizzazione. Buona salute per circa un mese, poi nuovo attacco di cistoplegia che stavolta resiste ostinata alla corrente indotta; è forza addestrare la ragazza a siringarsi, e munitala di una siringa viene congedata essendosele presentato un conveniente collocamento da cameriera.

Occupa questo posto 2 mesi soltanto, perchè le occupazioni e fatiche sono superiori alla sua resistenza; ripara all'ospizio degli Innocenti (sua famiglia), donde passa nella Clinica ostetrica lamentandosi più che mai de' suoi mali, come dice lei, uterini. con paralisi vescicale intermittente ed invocando una operazione per uscire una buona volta dallo stato infelice in cui si trova.

La operazione viene fatta il 30 luglio a. c. ed è condotta come le precedenti. Le ovaia sono sepolte in essudato peritonitico piuttosto recente; il destro aderisce mediante l' essudato a una fimbria dell' *epiploon.* L' essudato recente e cedevole permette la enucleazione con le dita; fatti i peduncoli e cauterizzatane la superficie col Paquelin, si affondano. Chiusura della ferita senza drain: durata dell'operazione 35 minuti.

Decorso consecutivo. — Regolarissimo; temp. sempre nella norma. Nel sesto giorno si levano i punti; il 9° si alza. La mestruazione di agosto manca. Niun fenomeno nervoso rilevante. Passa all'Ospizio Innocenti di dove viene a farsi vedere di quando in quando e dove sarà tenuta un tempo sufficiente per rendere la osservazione nostra più scientifica che possibile. Fino a tutto dicembre salute ottima.

E ora se mi fosse concesso trarre qualche insegnamento da codeste poche ma, se non m'illudo troppo, abbastanza importanti osservazioni personali, rappresenterei codesto insegnamento nelle conclusioni che seguono.

A) La menopausa chirurgica, quella ottenuta con la castrazione congiunta alla salpingectomia è, generalmente, terapia efficace contro i fibromi dell' utero e i disturbi che vi si associano.

B) La ovaro-salpingectomia può giovare ancora per combattere alcune sofferenze legate allo stato istero-epilettico, purchè quelle siano in dipendenza della funzione ovarica, o siano manifestamente aggravate dalla evoluzione dell'ovisaceo e dal flusso sanguigno uterino che l'accompagna.

C) La nuova teoria sulla mestruazione presentataci dal Lowenthal in questi ultimi tempi è rovesciata dall'anatomia patologica, e da quell' anatomia speciale che viene creata da certe operazioni.

D) La ovaro-salpingectomia, stando alla mia esperienza che si accorda con quella dei miei predecessori, è notevolmente meno grave, nelle sue conseguenze, della isterectomia completa o incompleta comunque modificata, e dalla istessa ovariotomia che offra qualche complicanza: credo il massimo della mortalità debba rappresentarsi con la cifra 10 %.

E) È assai frequente l' alterazione dell' ovidotto specialmente la idropisia: nella statistica della Clinica fiorentina occorse 6 volte su 11.

F) È permesso sperare un buon esito dalla operazione anche quando il tumore oltrepassi la linea ombelicale.

G) La operazione Battey-Tait (ovaro-salpingectomia) offre difficoltà tecniche non inferiori e talvolta superiori alla ovariotomia comune. Questa conclusione trovo che si accorda in tutto con quanto disse Lawson-Tait nella discussione

avvenuta su questo argomento, nella sezione ostetrico-ginecologica del Congresso medico internazionale di Londra e che io rilessi recentemente, ma molto tempo dopo aver posta la mia conclusione. Disse Tait in quella occasione, « Coloro che parlano di ovariotomia *normale* e coloro che hanno la convin-
« zione potersi rimuovere, in questi casi, le ovaia di una donna con altrettanta
« facilità con quanta un castratore (sow-gelder) può rimuovere gli stessi organi
« *in una giovine troia*, sono preda d'illusioni ed evidentemente non hanno al-
« cuna nozione pratica relativamente a codesta impresa. In quasi tutti i casi
« (quasi sempre) è una operazione difficile, talvolta è di una difficoltà estrema. »
Ebbi pensiero di porre come epigrafe al mio scritto queste parole di Tait, e vi rinuncierò soltanto nel caso che quelli tra i miei colleghi i quali hanno speciale competenza e più vasta esperienza di me in siffatto genere di operazioni: mi convinceranno con i fatti che il mio concetto, se non erroneo, è grandemente esagerato.

2.° CASO DI GUARIGIONE

AVUTA DALLE INIEZIONI DI CITRATO DI FERRO

in donna anemica complicata a gravidanza

DEL DOTT. GIUSEPPE MORI

Il caso che segue non è altro che una ripetizione quasi analoga a quanto osservai all'altra inferma, il cui caso clinico ho esposto nel numero settembre-ottobre. Eccone la breve storia:

Anna Burchi ha 24 anni, figlia di genitori sani, ha goduto sempre perfetta salute fino all'epoca presente. Fu mestruata a 15 anni e i mestrui un po' irregolari, al principio divennero poi regolarissimi fino a circa 8 mesi fa, alla quale epoca rimonta questa sua prima gravidanza. La malattia per cui venni chiamato a prestare il mio soccorso risale ad un mese e mezzo all'incirca, ossia tra il 6° e il 7° mese di gestazione. Mentre i primi mesi passarono inosservati senza disturbi ben manifesti, all'epoca sopradetta la malattia ebbe principio colle solite forme nervose, ossia noia, avversione per certi oggetti, e certe vivande; d'umore si fece variabilissima; cominciò in seguito inappetenza, oppressione all'epigastrio che si convertì presto in vera gastralgia. Oltre a ciò insorsero rumori agli orecchi, allucinazioni, edema generale, specialmente alla sera spiccatissimo agli arti inferiori. A tale epoca e per questo fatto fui chiamato al letto dell'inferma. Appena entrato in camera e dato uno sguardo generale alla malata ben compresi di che si trattava. Il color cereo della pelle, le pulsazioni al collo che si vedevano benissimo a distanza mi fecero formulare la diagnosi di *Anemia in donna gravida.* Il polso era assai sottile raramente intermittente; preso lo stetoscopio, distintissimo il solito soffio anemico il primo tono in tutti i focolai, così pure alle giugulari. L'edema quel giorno appunto cominciava a comparire ai genitali.

Interrogata l'inferma sulla cessazione del flusso mestruo, risponde sembrargli circa otto mesi fa. È forza pertanto fondarsi sopra altri segni per precisare l'epoca approssimativa della gestazione. Procedo quindi all'esame, e fatto ciò per quanto è dato dalle sfavorevoli circostanze del medico condotto, ecco quanto potei stabilire: Utero arriva 2 Centim. sotto allo probicolo: circonferenza addominale all'ombellico ctm. 94 sotto 97, distanza tra l'appendice xifoide e la sinfisi 44; ombellico un po' convesso, epigastrio molto resistente, pochissimo deprimibile. D stintissimi i battiti fetali sul quadrante inferiore di sinistra, sensibilissimo il soffio uterino. Da ciò deducesi trattarsi di donna gravida approssimativamente tra il fine dell'8° e il principio del 9° mese come appunto risultava dall'anamnesi. Davanti questo caso la via era facile a seguirsi. I buoni risultati ottenuti dal *Citrato di ferro per via ipodermica* nel primo caso da me osservato, non mi fecero stare in dubbio. Praticai dunque subito la prima iniezione ed ecco i risultati di tal metodo di cura.

1° giorno, prima iniezione di 10 centig. in 1 gr. di acqua. Non ha nessun disturbo, non si ha elevazione di temperatura. Pulsaz. 88, Temp. 37,2.

2° giorno, 2ª iniezione, Temp. 37, Pulsaz. 86, gastralgia un po' minore, leggero benessere, edema ai genitali aumenta.

3° giorno e 3ª iniezione, Temp. 37,1, Pulsaz. 90. La faccia comincia a tingersi leggermente in rosso: edema generale notevolmente scomparso assai, cresciuto ai genitali, per cui vi pratico delle piccole punture e ne fuoresce del siero sanguinolento. Esamino le orine e non vi riscontro albume, come pure fu riscontrato negli altri giorni.

4° giorno, 4ª iniezione, Temp, 36,9, edema diminuito dappertutto e solo ancora notevole ai genitali, pratico delle altre punture che servono a farlo scomparire quasi del tutto. La malata da due giorni non va di corpo e un clistere oleoso da me prescritto produce due scariche abbondanti.

5° giorno, 5ª puntura. Temp. 36,7. La malata si sente più in forze, mangia con più appetito, la faccia, le mucose visibili discretamente colorate. L'edema è scomparso completamente, solo appena una traccia ai genitali.

6° giorno, 6ª puntura, Temp. 37,1. Il miglioramento a tal giorno è sensibilissimo, lo stomaco funziona bene, la malata può mangiare un po' di carne arrostita.

7° giorno, 7ª iniezione. Seguita sempre il miglioramento, nulla di nuovo. Temp. 37,2.

8° giorno, 8ª ed ultima iniezione. Vengono sospese a causa del progresso della guarigione. L'inferma è in piena convalescenza. Come nell'altro caso preferivo 30 centig. di lattato di ferro, da darsi in due prese e così lascio l'inferma dandole le necessarie istruzioni.

In 15ª giornata si sgrava di una bambina viva e tuttora vivente: essa è bene costituita, regolarmente sviluppata, solo il volume è un poco al di sotto del medio ordinario. Ciò starebbe in rapporto colla diagnosi da me formulata quando l'esaminai la prima volta cioè di gravidanza al principio del 9° mese e in armonia all'anamnesi dell'ultima comparsa di mestrui. Sarebbe il caso di un parto *precoce*. Il puerperio fu senza inconvenienti e la malata ora gode la più florida salute.

Lascio tutte le altre considerazioni al lettore: io credo potere ritenere, come questo secondo risultato così eloquente e ottenuto in tempo sì breve, devesi esclusivamente al Citrato di ferro per via ipodermica. Anche in questo caso come nel primo si è avuto un parto prima dell'epoca ordinaria. Nella prima inferma si ebbe aborto al 6° mese, in questo un parto precoce alla metà del 9° mese. Questa analogia di fatti starebbe secondo il mio debole avviso a spiegare l'azione emmenagoga dei ferruginosi. Come risulta dalle *diarie* mai si è avuta febbre e al dire dell'inferma e della famiglia giammai è stata avvertita nelle altre ore del giorno in cui io non poteva trovarmi presente, e molto meno con brivido di freddo come taluni avrebbero notata. Però io ho adoprato sempre tutte le maggiori cautele perchè l'ago fosse scrupolosamente disinfettato e posso garantire che non si è avuto che un leggero arrossamento in tutti i luoghi dove venivano fatte le punture, arrossamento assai più piccolo di quello che suol produrre sulla nostra pelle una pulce.

Perugia, 18 Novembre 1885.

3.° CASO DI GUARIGIONE
OTTENUTA DAL CITRATO DI FERRO
in donna semplicemente ma profondamente anemica

DEL DOTT. **GIUSEPPE MORI**

Di quest'ultimo caso dirò solo due parole, ed anzi tutto per vedere l'effetto di tale medicamento in donna non gestante ma semplicemente *anemica.*

Dirò subito che trattavasi di una povera contadina di anni 54, malata già da 3 anni e malata a causa della scarsa e cattiva alimentazione e delle continue fatiche superiori anche alla sua complessione piuttosto gracile. A vedere quella povera donna mi sembrava di trovarmi innanzi a quell'anemica, già da me ricordata, che il Prof. Chiara ci presentava in Clinica in una delle sue lezioni dello scorso anno. Non starò qui a fare la descrizione nè lo stato attuale dell'inferma, mi basti il dire che da vari giorni neanche potea accudire alle più leggere faccende di casa, appena appena potea trascinarsi e fare pochi passi da una camera all'altra e ciò con grandissimo stento. Niente albume nelle orine, colore sulla pelle quasi direi *cancerigno.* Insomma per essere breve, trattavasi di un'anemia profondissima e il polso, il cuore, il collo oltre gli altri sintomi ne attestavano la presenza. Per ben 12 giorni di seguito praticai un'iniezione al giorno nel modo solito e colle solite cautele senza avere un risultato sensibile e soddisfacente. Non fu che dopo la 16ª o 17ª iniezione che si è avuto qualche miglioramento, così appetito un po' migliorato, benessere generale, ecc.

Seguitai senza interruzione a farne 25 e allora solo le condizioni dell'inferma subirono un miglioramento notevole, per cui potei dichiarare la donna assolutamente fuori di pericolo. Dopo la 25ª iniezione basti il dire che l'inferma potè scendere e salire le scale senza sofferenze molto sensibili. Da quel giorno cominciai un cura alternata, somministrandole un giorno il *percloruro di ferro* a goccie (da 3 fino a 8 immediatamente prima del pasto), e l'altro giorno le praticavo la solita iniezione. Così seguitai per altri 10 giorni ossia le feci altre 5 iniezioni, dopo la quale epoca furono da me completamente sospese; perchè la malata era in piena convalescenza. Le feci seguitare a prendere il percloruro

di ferro, 8 goccie al giorno e tutto questo unitamente ad una buona dieta, per quanto fossero scarsi i mezzi di quella famiglia, riuscì in tempo relativamente breve, due mesi circa dal principio di cura, a rendere a quella donna una salute discretamente florida. Oggi sta bene.

Questo 3° caso non è così eloquente per la velocità nella guarigione, ma devesi avere riguardo alla gravità della malattia e i due mesi di cura rappresentano una cifra consolante. Anche in questo caso bisogna ritenere che il *citrato di ferro* ha fatto le spese e ad esso quasi esclusivamente devesi il risultato ottenuto, poichè se in seguito ha fatto benissimo il *percloruro* per le vie digestive, questo farmaco non potea somministrarsi fin dal principio, atteso le gravissime condizioni in cui trovavasi lo stomaco. È inutile il ripetere che tal metodo di cura, non ha prodotto il più leggero disturbo sia locale che generale. — Concludo adunque, il *citrato di ferro* per via ipodermica fa benissimo in tutti i casi in cui ci stia di fronte una profonda anemia, sia in donna gravida, che non gravida, basta che si tratti di un' anemia grave. Mi manca di esperimentarlo nelle anemie leggere e in uomini, e ciò farò appena me ne capiti l'occasione tanto più che alcuni hanno esperimentato il medicamento in donne leggermente anemiche o in anemie gravi ma in uomini e in questi casi sembra che il farmaco dia certi inconvenienti. Ciò formerà l'oggetto di un prossimo mio resoconto.

Perugia 15 Dicembre 1885.

RASSEGNA CRITICA DI PUBBLICAZIONI ITALIANE

Il cranioclaste del Braun e la inclinazione della base craniana nelle gravi viziature del bacino, per il Prof. **Alessandro Cuzzi** (Collezione italiana di letture sulla medicina, Serie III, N. 10, 1885).

L'A. si propone di studiare i mezzi capaci di inclinare la base craniana allo stretto superiore, di estrarla attraverso un bacino di proporzioni diametriche ad essa inferiori, senza romperla, cercando in quel modo di combinare un favorevole rapporto fra i diametri della testa fetale e i diametri della pelvi ristretta. Nel suo lavoro fa una larga parte al cranioclasta del Braun, ultimamente adoperato anche come mezzo inclinante della base craniana, e riassume le principali cognizioni odierne su tale strumento adoperato nelle gravi angustie pelviche. Fa notare l'opportunità del suo lavoro benchè su tale strumento e nella stessa collezione italiana di letture sulla medicina avesse di già scritto il Prof. Chiara nella Conferenza dal titolo: *La tecnica dell'embriotomia*, Vol. II, N. 5; e ciò perchè, soggiunge l'A., per la natura dello scritto e lo scopo che si proponeva il Prof. Chiara nel suo lavoro, egli non ha potuto dare a quella parte che si occupa del cranioclasta un'estensione pari all'importanza che lo strumento ha in questi ultimi anni acquistata nella pratica ostetrica. Da un rapido sguardo bibliografico appare la quantità e l'importanza dei lavori italiani sopra tale argomento, il cui studio fu iniziato presso noi dal Prof. Ercole Federico Fabbri nel 1875. Sotto forma di introduzione ricorda qualche cognizione preliminare: 1.° Intorno alla forma più frequente dei bacini viziati, esponendo una classificazione speciale da lui già seguita nel 1878 nell'ordinare la ricca raccolta di

bacini della Scuola Ostetrica di Milano mentre vi era assistente sotto la direzione del Prof. Chiara; 2.° Intorno alla conformazione, ai diametri e alla resistenza della testa fetale perforata dalla craniotomia, e intorno ai rapporti che la testa perforata prende di abitudine collo stretto superiore in presentazione di vertice.

Come Auvard, sostituendo al termine *cono* quello di *cuneo*, considera la testa craniotomizzata, fatta astrazione della volta, di cui sono annullate le resistenze, di conformazione rassomigliante ad un *cuneo*, cui dà il nome di *cuneo basio-facciale*. La base del cuneo è formata dalla faccia.

Nel bacino viziato a forma appiattita la testa fetale craniotomizzata in presentazione di vertice, d' abitudine, si trova in posizione D.T. o S.T.; la base craniana è allora parallela al piano dello stretto superiore; i diametri Bm. e Bz. non misurano la coniugata vera, che è il punto più ristretto dello stretto superiore. Questa è misurata invece da un altro diametro trasverso basilare, interposto fra il Bm. ed il Bz., e di questi più breve. L'A. dà come cifra media della lunghezza dei diametri Bm. e Bz. mm. 75; tenendo conto della loro disposizione a livello dello stretto superiore, della possibile riducibilità del diametro Bm., tolte le resistenze della volta, considera la cifra di 70 mm. nella C. V. come limite o confine fra le operazioni embriotomiche pure (perforazione semplice e quindi estrazione) e le operazioni embrioclastiche (quelle nelle quali per estrarre il capo devesi frangere la base craniana o metterla di sbieco attraverso lo stretto superiore).

Il cefalotribo ha per compito la riduzione violenta dei diametri Bm. e Bz.; i diametri della base e della faccia per tal modo ridotti, possono anche mettersi di sbieco entro il seno dello strumento stesso, e anzi per tale meccanismo possono talvolta sfuggire completamente allo schiacciamento.

È quanto si è constatato coll'uso del forcipe Guyon e del forcipe perforatore Lollini; è quanto si era proposto di ottenere l'Assalini col suo forcipe.

Si può inclinare la base in quattro modi, a seconda che si fa ruotare attorno al suo diametro occipito-frontale, o attorno ad un suo diametro trasversale, e l'A. distingue quattro processi: il processo parietale posteriore, il processo parietale anteriore; il processo facciale e il processo occipitale. Dall'analisi comparativa dei vari processi viene nella conclusione che il processo parietale posteriore merita la preferenza in confronto del processo parietale anteriore; che il processo facciale merita la preferenza in confronto dell' occipitale; che il facciale infine merita su tutti gli altri la preferenza. Questo processo può venir attuato assai bene mediante l'applicazione dell'uncino acuto, col metodo operativo studiato in modo completo dal Brascton Hichs, che l'A. descrive. « Si disse, aggiunge egli, che il cranioclasta poteva estrarre la base

craniana di coltello sia col processo facciale che cogli altri processi: studiamo quanto vi sia di vero in questa asserzione. » Fa un po' di storia sull'origine del cranioclaste; descrive e commenta successivamente lo strumento ed il processo operativo di Simpson, di Barnes e di Braun, mettendo in evidenza la grande rassomiglianza esistente fra il processo di Barnes e quello di Braun; riassume quanto venne scritto a proposito di quest'ultimo: ricorda gli studi del Prof. E. F. Fabbri e suoi riguardo l'*inclinazione parietale posteriore* ed anteriore della base; la nuova fase stata assegnata alla questione dai lavori del Mangiagalli e del Negri, dai quali al processo parietale posteriore veniva sostituito il *processo facciale* come spiegazione della potenza dello strumento; la contestazione risultata dalle esperienze del Nicola sulla possibilità di deflettere la testa col cranioclaste e di sostituire alla presentazione del vertice quella della faccia, e ricorda finalmente e chiarisce la spiegazione data dal Pugliatti del modo di agire del cranioclaste usato secondo la tecnica operativa del Braun.

La ragione ultima consiste essenzialmente nel fatto che per trascinare la base cranica di coltello attraverso lo stretto superiore col processo facciale non è necessario trasformare prima la presentazione di vertice in una di faccia onde far presa sul diametro mento-sopra-nasale; per raggiungere tale intento basta afferrare il fronte e porzione vicina della base cranica, cosa questa che col cranioclaste del Braun facilmente si può fare.

Descrive il tecnicismo operativo suggerito dal Pugliatti, mette in evidenza i precetti speciali che dà l'ostetrico di Messina, di spingere cioè colla branca interna del cranioclaste, sulla scaglia dell'occipitale, di far eseguire, una volta fatta la presa, un moto di rotazione di 1/8 od anche di 1/4 di cerchio alla testa fetale e durante le trazioni di elevare i manici dello strumento. « Questo modo di fare, scrive il Prof. Cuzzi, è diverso da quello raccomandato dal Braun che non spinge sulla scaglia occipitale colla branca intracranica, e che *tira e ruota collo strumento senza regole fisse;* ed è mio convincimento che in questo modo il tecnicismo operativo sia reso più perfetto. E per tale mio convincimento parimenti non posso ritenere, soggiunge, del tutto esatte le parole del Chiara, che nella lettura di questa collana, che ho più sopra citata, dà come regola cardinale che « nel tirare sul capo si cerchi con tutta cura di seguire il moto verso la parte *minoris resistentiæ.* » Pur non disprezzando le indicazioni che dalle varie particolarità nell'esecuzione possono sorgere durante un atto operativo, è però mio parere che l'ostetrico debba *dominare* il tecnicismo dell'operazione e non lasciarsi da indicazioni qualche volta poco esatte, e non sempre bene apprezzabili, guidare in modo assoluto. E quando questo moto verso la parte *minoris resistentiæ* non avviene o non si riconosce, che fare? È lo stesso precetto che l'ostetrico fiorentino dà allorquando si tira col cefalotribo; ma qualche volta

lo strumento non ha proprio alcuna tendenza a rotare, ed il moto di rotazione deve essere eseguito direttamente dall'ostetrico. »

E qui mi sia concessa una breve digressione: il precetto, dedotto dall'esperimentazione, di *dominare* il tecnicismo dell'operazione e di subordinare tutti i momenti dell'atto operativo a regole determinate e fisse, è l'ideale dell'operatore; senonchè questo ideale può essere raggiunto dall'ostetrico, quando il campo nel quale deve compiere l'atto operativo nulla ha di determinato e fisso di fronte a lui? Sono entrato nella convinzione che l'indirizzo odierno della sperimentazione in ostetricia tende ad esagerare il suo valore nelle deduzioni per la clinica. Le condizioni dello sperimentatore sono assai diverse da quelle imposte al clinico. Si può manovrare impunemente e con precisione di calcolo in un bacino artificiale, con forma e dimensioni conosciute e di resistenza relativamente infinita, e sopra un cadaverino fetale egualmente conosciuto per forma, volume, posizione, nel quale la presa dello strumento cade sotto gli occhi; ma non può essere così nella clinica, dove le varietà individuali non sempre apprezzabili e l'incertezza di tanti dati oscurano il campo di azione. Nè questo è sfuggito al Prof. Cuzzi, il quale in un brano del suo lavoro dichiara che le conclusioni che si possono dedurre dai fatti clinici non sono quali si possono togliere dalle ricerche sperimentali. Orbene, pur non disprezzando le indicazioni teorico-sperimentali, sopratutto quando lo strumento non ha proprio nessuna tendenza a rotare e il moto di rotazione dev'essere eseguito direttamente dall'ostetrico, pare razionale e pratico il precetto dato dal Professor Chiara, che « nel tirare sul capo si cerchi con tutta cura di seguire il moto verso la parte *minoris resistentiæ*. Voler imporre la preconcezione e il calcolo in molti casi sarebbe poco prudente, quando cioè la natura indica una via relativamente facile, *minoris resistentiæ*, per raggiungere lo scopo; il *dominio* potrebbe costare la vita a qualche individuo. Del resto quando il moto verso la parte *minoris resistentiæ* non avviene o non si riconosce, se non si ha una idea precisa della posizione, cosa si fa in pratica? Fosre che non si va alla ricerca di quella parte per seguirla scrupolosamente?

L'A. fa qualche osservazione al lavoro del Pugliatti; riassumendo, espone il tecnicismo che a lui sembra più conveniente nell'applicare il cranioclaste del Braun col processo facciale, e dà una figura per chiarire la sua descrizione. Cerca anche di determinare il grado di sproporzione che con questo processo di inclinazione della base craniana si può vincere, e confronta i risultati delle sue esperienze con quelli delle esperienze del Pugliatti. Riferisce quindi il *processo occipitale,* parla dell'uso dello strumento sulla testa del feto in presentazione di faccia, sulla testa posteriore al tronco, sulla testa rimasta sola nell'utero, sul podice e sul tronco; dice dell'azione demolitrice o cefalotritica del cranioclaste

nei vari processi di inclinazione della testa fetale, e fa notare i progressi fatti in tale questione per opera dell'Auvard, di cui descrive il cranioclaste (cranioclaste Auvard) e il piano operativo speciale, riportando le relative figure dal lavoro dell'Auvard *(de la pince a os et du cranioclaste).*

Infine dichiara che le considerazioni da lui esposte sul cranioclaste in genere e su quello di Braun in particolare sono basate esclusivamente su ricerche sperimentali, per la maggior parte fatte in Italia, le quali tendono a provare che il cranioclaste può vittoriosamente sostituire il cefalotribo nelle gravi stenosi pelviche, mentre le osservazioni cliniche italiane e tedesche del cranioclaste, adoperate, ben inteso, come mezzo inclinante la base cranica nei bacini con 70-50 mm. di C. V., tendono a dimostrare che esso non è invece capace di sostituire il cefalotribo.

Ricerche e studi per arrivare alla diagnosi della coniugata ostetrica, pel Dott. **Giovanni Inverardi** (Torino, 1885).

Il lavoro si compone di due parti. Nella prima l'A. fa una rivista storico-critica della pelvimetria, limitandosi all'esame di quei procedimenti che hanno più particolarmente per iscopo di far conoscere la estensione della coniugata ostetrica. Espone la nomenclatura da lui addottata rispetto alle dimensioni pelviche, e la classificazione a cui si attiene nella descrizione dei metodi pelvimetrici. Questa parte è divisa in tanti capitoli quante sono le classi che egli ha fatte dei metodi pelvimetrici, vale a dire in cinque; e finisce per concludere che *nessun metodo od istrumento supera sulla vivente la misurazione fatta col solo dito.*

La seconda parte del lavoro è divisa in sei capitoli.

Il primo capitolo comprende l'esame critico della pelvimetria digitale, di cui enumera prima i vantaggi dovuti alla proprietà senziente del dito ed alla molteplicità dei dati che con esso si posssono ricavare senza bisogno di strumenti speciali; e poi gli inconvenienti, tra cui principale quello di non segnare esattamente quale deduzione bisogna fare dalla C. D. per avere la C. O. Riporta la opinione e la pratica dei vari autori; le tavole che riassumono le ricerche di

Michaelis, di Pinard, di Mangiagalli e sue a questo riguardo; e la conclusione che il Pinard ha tratto dal suo studio « che, cioè, eccettuati i bacini viziati per lussazione, non è possibile dare una formula per stabilire la riduzione a farsi nei bacini viziati, e che prendendo le medie, l'errore sarebbe assai grande, imperocchè le deviazioni sono assai numerose e considerevolissime. I fattori che variano i rapporti fra C. D. e C. O. sono tre (continua il Pinard):

1° l'altezza della sinfisi;
2° lo spessore della sinfisi;
3° la direzione della sinfisi. »

Nel secondo capitolo l'autore esprime il concetto da cui ha preso le mosse, e che è il seguente:

Dato che la differenza fra la coniugata diagonale e la coniugata ostetrica sia prodotta dall'altezza, dalla inclinazione e dallo spessore della sinfisi pubica, bisogna cercare il modo di tenere calcolo di tutte e tre queste influenze nella loro giusta proporzione per ogni caso speciale.

Senza grandi difficoltà si può conoscere l'altezza e lo spessore; resta l'inclinazione che finora non si è potuto determinare che troppo vagamente, l'inclinazione della sinfisi non sull'orizzonte, ma relativamente al promontorio. A tale scopo ha istituito delle ricerche sul bacino secco: preso come punto fisso (mediante uno strumento speciale) l'estremo posteriore della linea che partendo dal margine superiore esterno della sinfisi pubica, passa pel promontorio sacro-vertebrale e termina ad una regione della colonna vertebrale (linea che l'Autore chiama *coniugata esterna* (C. E.)), misura la distanza che passa fra quel punto e il margine superiore esterno della sinfisi pubica, C. E., e fra lo stesso punto e il margine inferiore del legamento sotto-pubico (coniugata diagonale esterna, C. D. E.). La differenza tra queste due distanze indica l'inclinazione della faccia esterna della sinfisi pubica sul punto posteriore della colonna vertebrale, e molto approssimativamente, l'inclinazione sua sul promontorio sacro-vertebrale. A costituire la differenza fra le due misure entra pure l'altezza differente della sinfisi pubica.

Con tale procedimento si può conoscere l'inclinazione della faccia esterna della sinfisi pubica: ci occorre invece di conoscere l'inclinazione della faccia interna, e, più di tutto, il rapporto che passa fra le distanze prese dal promontorio al margine inferiore della sinfisi e alla parte più sporgente all'interno della sinfisi stessa.

La faccia interna, aggiunge l'autore, è più inclinata della esterna, e la *maggior inclinazione è proporzionata* allo spessore della sinfisi pubica stessa.

Dunque, egli dice, la differenza fra C. E. e C. D. E. dà l'inclinazione della faccia esterna della sinfisi pubica; lo spessore della sinfisi segna la differenza di inclinazione fra la faccia interna e la esterna.

Dalle sue ricerche toglie due regole generali di grande importanza per lui: *a)* nei casi in cui la C. E. è minore od eguale alla C. D. E., alla differenza tra C. E. e C. D. E. aggiungendo la cifra indicante lo spessore della sinfisi pubica si ha una somma che rappresenta con molta approssimazione la quantità che si deve togliere dalla C. D. per avere la C. O.; *b)* nei casi in cui la C. E. è maggiore della C. D. E., lo spessore della sinfisi pubica rappresenta la quantità da togliere dalla C. D. per avere la C. O.

In appoggio a queste due regole riporta una tavola in cui sono segnate le misure prese sopra 131 bacini e vi sono messe in confronto le piccole differenze che esistono fra la C. O. ottenuta col calcolo e la medesima misurata direttamente col compasso; dà quindi la ragione geometrica del procedimento.

Nel terzo capitolo nota la difficoltà di determinare sulla vivente il punto posteriore della colonna vertebrale che è situato sulla direzione del piano dello stretto superiore, e nell'intento di arrivare a questa nozione fa delle ricerche sopra 119 bacini in cui stabilisce il rapporto della C. B. e della C. E. colla colonna vertebrale, e il rapporto reciproco fra C. B. e C. E.

Nel capitolo quarto fa lo stesso in modo particolare per i bacini piatti non rachitici, per i bacini uniformemente ristretti rachitici, per i bacini piatti rachitici, per i pseudo osteomalacici, e per i bacini rachitici cifoscogliotici. Vogliono essere ricordati gli studi e le ricerche fatte e quivi esposte dall'A. per venire alla conclusione « che il movimento di rotazione del sacro, se è costante e maggiore nel bacino rachitico, non è meno costante, quantunque meno accentuato, nel bacino semplicemente piatto. »

Nel quinto capitolo riassume le conclusioni delle ricerche fatte nei capitoli precedenti; dice che nei bacini normali e nei bacini uniformemente ristretti si può ritenere che il limite posteriore della C. E. è costituito *approssimativamente* dall'apofisi spinosa della 2ª vertebra lombare; che però la cosa è diversa nelle altre forme di pelvi da lui studiate. Qui lo spostamento in basso dell'estremo posteriore della C. E. è legato al movimento di rotazione che fa il sacro, e questo movimento di rotazione è in rapporto colla profondità della concavità del sacro: è possibile avere sulla vivente la nozione di questo rapporto? « *Dopo vari tentativi,* soggiunge l'A., *mi parve che un dato sufficiente lo potesse dare il rapporto numerico della C. D. con la massima distanza che va dal margine inferiore della sinfisi pubica all'apice della curva o dell'angolo formato dal sacro, pel moto di rotazione, e che per brevità di linguaggio chiamo distanza sacro-sottopubica massima* (D. S. S. P. M). »

Stabilisce la proporzione:

$$C.\ D. : D.\ S.\ S.\ P.\ M. :: 100 : x$$

$$x = \frac{D.\ S.\ S.\ P.\ M. \times 100}{C.\ D.}$$

La cifra x indicherà il moto di rotazione del sacro attorno al suo asse trasversale, e l'A. la chiama *indice di rotazione*. Su queste norme stabilisce le sue ricerche nei bacini preparati a secco, trova l'indice di rotazione per ogni specie di bacino, determinando per ciascuno il limite posteriore della C. E., come appare dalle tavole che riporta; dai risultati ottenuti sopra questi vuole istituire le regole generali, e mi spiego.

Supponiamo che col calcolo sopraccitato, abbia trovato in un dato bacino $x = n$, e che in quel dato bacino abbia visto che il limite posteriore della C.E. corrisponde all'apofisi spinosa della terza vertebra lombare; da questo trae la regola, che quando in un dato bacino si trova per indice di rotazione n, senza tema di errare potremo ritenere che l'estremo post. della C. E. corrisponde alla apofisi spinosa della terza vertebra lombare.

Dà quindi un prospetto in cui è segnato il limite posteriore della C. E. nei vari casi, cioè a seconda dei vari indici di rotazione; *a questo prospetto bisogna riferirsi quando nella pratica, trovato l'indice di rotazione, si vuol fissare il limite posteriore della C. E.*

Il metodo dell'A. non è però applicabile a tutte le specie di bacini; vi si sottraggono i bacini cifoscoliotici; e norme speciali si hanno per i bacini pseudosteomalacici, che l'A. riporta in un'altra tavola.

Nell'ultimo capitolo espone il procedimento per la pratica applicazione del suo metodo, che divide in 5 tempi:

1° tempo. Misura (digitale) della C. D. e della D. S. S. P. M.

2° tempo. Ricerca del rapporto numerico tra di esse (indice di rotazione, e dell'estremo posteriore della C. E. — L'indice di rotazione si ricava colla formola:

$$x = \frac{D.\ S.\ S.\ P.\ M. \times 100}{C.\ D.}$$

conosciuto l'indice di rotazione, si guarda sulla tavola dell'A. per sapere dove sta il relativo *estremo post. della C. E.*

3° tempo. Misura della C. E. e della C. D. E. Queste due misure si prendono successivamente, l'una dopo l'altra, senza spostare il bottone posteriore del compasso, e applicando il bottone anteriore (per misurare la C. E.) in corrispon-

denza della commettitura vulvare anteriore, divaricando le grandi labbra e stirando in alto la ripiegatura cutanea, formante la commettitura stessa.

4° tempo. Ricerca dello spessore della sinfisi pubica e della sua conformazione. Propone uno strumento speciale, *sinfisiometro*, di cui la branca interna deve essere introdotta nell'uretra.

5° tempo. Calcolo per ricavare il valore della C. O. Nei casi in cui la C. E. è minore od eguale alla C. D. E., la sottrazione che si dovrà fare dalla C. D. per avere la C. O. sarà uguale allo spessore della sinfisi pubica, più la differenza tra la C. E. e la C. D. E.

Nei casi in cui la C. E. è maggiore della C. D. E., basterà dedurre la cifra indicante lo spessore della sinfisi.

Segue la narrazione di sette osservazioni ed una tavola nella quale sono riportate le principali misure dei bacini studiati nel lavoro, e la loro provenienza; più cinque figure di sezioni di bacino. Dichiara di accettare la critica seria e coscienziosa, e nello stesso tempo spera « di ottenere lo scopo di allargare il campo della pratica applicazione di questo metodo e di abbreviare il tempo che sarà necessario per giudicarne il valore sì pratico che scientifico. »

Per dir vero ed attenerci ad una critica seria e coscienziosa « pur troppo è duopo confessare che il metodo dell' Inverardi non ha valore pratico; pur troppo, ripeto, chè se non fosse così, e se realmente fosse regolato da leggi poco variabili e non difficili ad apprezzarsi, come egli dice, e quindi alla portata di tutti i pratici, e non il retaggio soltanto di chi è lungamente esperimentato e rotto alla diagnosi delle viziature pelviche » avrebbe apportato un grande vantaggio alla pratica ostetrica, che per l'appunto non è sempre nelle mani di gente rotta alla diagnosi di dette viziature.

Innanzi tutto la misurazione della D. S. S. P. M. nei bacini viziati di primo grado (limite inferiore), o di secondo grado (limite superiore), nei bacini cioè, nei quali importerebbe maggiormente la precisione di calcolo, non è facile: questo ammetterà chiunque voglia provarsi e giudicare spassionatamente.

E poi, sta a vedere se realmente il rapporto fra C. D. e D. S. S. P. M., ossia, l'indice di rotazione può indicare il punto posteriore della C. E.; chè nel caso negativo, e qualora la spinta del sacro posteriormente e la D. S. S. P. M. dovesse essere legata ad altri fattori, oltrechè alla rotazione del sacro, in questo caso, dico, il metodo dell'A. peccherebbe per la base e andrebbe privo di ogni valore scientifico e pratico.

A questa convinzione sono per l'appunto portato da ricerche istituite coll'aiuto di distinti colleghi sopra qualche bacino semplicemente piatto, piatto rachitico, rachitico totalmente irregolarmente ristretto. Ricerche più estese var-

ranno a chiarire meglio questo punto, e saranno rese di pubblica ragione in un tempo non lontano.

Di più, ammesso anche che il calcolo indicato dall'A. valesse a far conoscere nei vari casi a quale altezza della colonna vertebrale corrisponde detto punto posteriore della C. E., saremo noi sicuri nella clinica e sulla vivente di poterlo fissare con precisione, e applicarvi sopra il bottone del compasso? Chi non è nuovo in queste cose non può esitare per la risposta.

Si aggiunga che questo metodo non è generale, dovrebbe applicarsi soltanto a determinate viziature pelviche; e che richiede nozioni, tavole e strumenti speciali che non militano in favore della sua semplicità e della sua pratica attuazione.

Lo speculum delle partorienti inventato per uso clinico dal Professore **Carlo Minati** *(Annali Universali di Medicina,* Vol. 271, anno 1885).

Il Prof. Minati espone le ragioni che l'hanno indotto ad ideare e proporre il suo *speculum delle partorienti*, e ricorda che già il Dupuy (citato dal Lutaud nell'articolo *Speculum* del *Dictionnaire Encyclopédique des sciences medicales di Dechambre)* aveva suggerito di applicare lo *speculum* nel tempo del parto. Non fa parola del Prof. Porro che pure aveva avuta la stessa idea. Le difficoltà incontrate dall'A. furono quelle di *trovare uno strumento di mole e di dimensione, e di ovviare ai pericoli dell'uso del medesimo:* esclude uno strumento di dimensioni invariabili, o cilindrico chiuso; dimostra la poca convenienza e i pericoli degli speculum bivalve e trivalve, a valve articolate in vicinanza dell'estremità esterna (Cusco ad esempio), e cita lo speculum a grandi dimensioni, fatto costruire dal Prof. Massarenti allo scopo di facilitare l'applicazione dei corpi dilatanti nel collo uterino per il parto prematuro, ed usato in una operazione occorsa nella clinica bolognese, narrata dal Dott. Pinzani *(Ann. di Ostetricia, Ginecologia*, ecc. N. 3-4, 1885). Passa quindi alla descrizione particolareggiata della sua *macchinetta;* è uno speculum cilindrico multivalve, le cui valve si uniscono fra loro per mezzo di una doccia e di un incastro; esse hanno forma di rettangoli eguali, desunti dalla superficie di un cilindro arcato; la

lunghezza di 14 centim. e la lunghezza di 2 1/2 centim. Le valve possono essere introdotte in vagina separatamente, successivamente l'una dopo l'altra: due sono munite di manico: ad una terza si fissa una molla, ravvolta circolarmente e destinata a fissare lo speculum cilindrico che risulta dall'adattamento delle varie valve. Lo speculum può raggiungere 9 cm. e 1/2 di diametro, quando tutte le valve sono applicate. Una valva protettrice serve a difendere la vagina da lesioni che potrebbero avvenire nell'introduzione delle valve proprie dello strumento. Alla molla è conveniente di sostituire in qualche caso un cerchio di gomma elastica.

Il Prof. Minati propone il suo speculum a scopo didattico, diagnostico e terapeutico: per determinare lo stato del collo uterino durante il parto; la posizione della testa fetale quando essa si presenti, facendo anche uso di un cilindro di cera o di *stents composition* per ritrarre le impronte della parte presentata; per vedere le membrane col loro aspetto grigio ed opaco e il loro inturgidirsi per formare la cosidetta borsa delle acque al sopraggiungere delle contrazioni; per impedire, colla sua applicazione, i tristi effetti che minaccia il prolasso nel tempo del parto, respingendo la vagina nella sna sede vera ed acquattandola finchè la testa non sia discesa; per dilatare preventivamente la vulva e predisporla alla discesa della testa, affinchè questa, trovandola renitente, non ne produca lacerazione o ritardi nel suo disimpegno; per difendere, proteggere le parti materne nei casi in cui convengono delle operazioni sul feto, che esigano l'applicazione di strumenti acuti e facili a ledere le parti materne, per tutto questo ed altro ancora. L'ostetrico di Pisa enumera quindi le controindicazioni: la ripugnanza delle esaminande, il dolore e la possibilità di produrre scalfiture e screpolature nei fonici vaginali, come avvenne in casi di sperimentazione sul cadavere e sulla vivente; inconvenienti questi che si possono evitare con un po' di pratica nel maneggio dello strumento, e dopo le modificazioni fatte allo strumento stesso dal fabbricante sig. Redini. È tutto metallico, quindi facilmente disinfettabile.

Controindicazioni speciali sono la prevedibile lacerabilità del tessuto vaginale, per viziose cicatrici o per lesioni di organica nutrizione; la iperestesia in seguito a vaginismo, che abbia preceduto la fecondazione, o quale attributo di alterata sensibilità; gli edemi delle parti esterne ed interne.

Tralascio ogni commento e richiamo per questo i lettori al Prof. Minati, il quale nel giudicare il proprio strumento lo dice tale *da sospendere persino il desiderio, per il momento, di rifarlo.*

Sul tecnicismo e sul valore del metodo del Krause nella interruzione della gravidanza e di una nuova causa patogenica valevole ad eccitare la contrazione uterina, pel Prof. **D. Tibone** (Estratto dalla *Rivista Clinica e Terapeutica*, Anno VII, N. 9).

Il Prof. Tibone descrive il metodo proposto dal Krause nel 1855 per anticipare il parto, e che consiste nel portare un catetere elastico profondamente nella cavità uterina, e lasciarlo in sito sino a che il travaglio sia avviato al punto da esserne impossibile la sospensione, la retrocessione. Se la presenza del corpo estraneo (sonda vuota, fornita di occhielli) tardava a promuovere la contrazione, egli veniva in aiuto con iniezioni di acqua tiepida o di un infuso di segale cornuta. Gli ostetricanti accettarono il metodo del Krause, limitandosi però all' introduzione del catetere elastico nell' utero, senza ricorrere alla iniezione. L'A. riporta la descrizione della tecnica data dallo Schroeder che usa una sonda piena, e dal Charpentier che si serve di una sonda olivare, e ne rileva gli inconvenienti, che consistono nella lesione di continuità degli involucri fetali e delle aderenze utero-placentari, e nella infezione di cui è possibile veicolo la stessa sonda che viene adoperata. Riferisce le sue ricerche istituite per sapere a quale altezza dev' essere portato nell' utero il corpo estraneo per eccitare la contrazione uterina; descrive il metodo del Krause e le modificazioni che egli ha portato a questo metodo, e che segue nella sua pratica fin dal principio dell' anno scolastico 1882-83, e asserisce che i sovraccitati inconvenienti *sono pienamente evitati* mettendo in pratica il suo procedimento. Questo consiste essenzialmente nel far precedere l' introduzione di una candeletta elastica piena, da una doccia uterina praticata mediante speculum, con acqua calda e antisettica, dirigendo il getto sulla bocca dell'utero; e nell' introdurre la candeletta previa applicazione dello speculum, e dopo che questa è stata in una soluzione idrargirica calda sino a che si sia fatta molle e pieghevole. Si afferra con una molletta da medicatura uterina presso l' estremità superiore, e introdotta nel collo dell'utero si spinge in alto lentamente, gradatamente, afferrandola sempre in prossimità dell'orificio esterno. « Con questo procedimento, egli scrive, è impossibile il rompere le membrane, essendo lo strumento adoperato molle e

flessibile; per lo stesso motivo si è pure al sicuro dallo offendere i rapporti utero-placentari. » Fa uno studio analitico di 27 casi di interruzione di gravidanza occorsi nell' Istituto ostetrico da lui diretto durante l'ultimo triennio (principio dell'anno scolastico 1882-83, 25 luglio 1885); stabilisce un confronto fra le osservazioni cliniche da lui fatte in due periodi, il primo anteriore all'era Listeriana, l' altro a questa posteriore. « Nel primo periodo, introducendo la sonda colle norme generalmente seguite, l'azione della sonda era pronta ed efficace, e spesso vedeva insorgere manifestazioni febbrili, venire in scena evidenti i segni dell' irritazione uterina a travaglio appena inviato, e talvolta il processo febbrile continuarsi dopo il parto, effettuatosi con sufficiente prontezza, assumendo la forma delle affezioni puerperali; mentre per contro nel secondo periodo, arricchita la pratica ostetrica di efficacissimi mezzi preventivi dei processi settici, ha trovato l'utero assai tollerante; si determina bensì la contrazione uterina, ma questa procede debole e rara; il soprapparto per necessaria conseguenza si fa assai più lungo e protratto, ma decorre sempre apirettico, senza fenomeni di irritazione per parte dell'utero, ecc. »

In appoggio di quanto riferisce il Prof. Tibone, fa la storia di tre fatti clinici; ricorda il risultato delle ricerche del Prof. Foà e del Dott. Rattone sul modo di trasmissione del pneumococco, per ciò che riguarda l' argomento in discorso, ricerche il cui risultato viene in conferma di quanto ha detto il Davaine nelle sue sperimentazioni sulla trasmissione del carbonchio dalla madre al feto; e conclude che dagli esperimenti del Foà e del Rattone è messa in chiaro una stretta analogia fra il pneumococco ed il vibrione settico quando o nel peritoneo o nell'utero incontrano il loro terreno di coltura, e che sì l' uno che l'altro eccitano la contrattilità dell'utero in maniera così accentuata da dovere figurare fra i mezzi più energici per provocare il parto. Ed in questo si trova in pieno disaccordo con quanto intese provare il Dott. Pinzani in una nota recente « *Intorno ad una cagione tutta speciale dell' inerzia uterina nel parto e dopo di esso*, Bologna, 1885 » nella quale sostiene che la infezione puerperale procura la inerzia dell'utero.

Mi sia permesso di fare qualche considerazione a proposito del lavoro del Prof. Tibone.

Il processo descritto e seguito dall'ostetrico torinese dal principio dell'anno scolastico 1882-83 in poi, era già stato messo in pratica nella Clinica di Milano diretta dal Prof. Chiara, come risulta dal rendiconto del Prof. Mangiagalli *(il quinquennio del 1875-79 nella Clinica ostetrica di Milano)* a pag. 351, dove è descritto particolarmente un caso clinico di applicazione del processo. Meritano attenzione i fatti pei quali l'ostetrico di Firenze, allora Direttore della Scuola di Milano, è stato condotto a siffatta pratica. L'uso metodico dello

speculum tubulare nell'attuazione delle doccie uterine gli era stato consigliato da un caso, in cui, per trascuranza di introdurre lo speculum, la colonna liquida aveva potuto distendere grandemente la vagina, e smagliare, disseccare la mucosa, e formare un trombo acqueo vagino-vulvo-perineale (v. il *Biennio clinico 1873-74 nella R. Scuola di ostetricia annessa all'Ospizio provinciale di S. Caterina in Milano,* pel Dott. Giuseppe Chiarleoni, pag. 297). Un caso non meno notevole di penetrazione del liquido della doccia, praticata collo speculum, attraverso il canale cervicale fra la parete uterina e le membrane, con distensione marcata delle pareti uterine, aveva indotto il Prof. Chiara a dare il precetto di far cadere la colonna del liquido non direttamente sul collo dell'utero, ma sulla parete posteriore dello speculum.

Allo scopo di rendere più vigorosa la profilassi antisettica nell'esecuzione del metodo Krause per la provocazione del parto, consigliò e seguì la pratica di applicare lo speculum, di fare quindi una generosa irrigazione con liquido antisettico, di introdurre la sonda (stata immersa per molte ore in una soluzione fenicata) attraverso un sottile strato di liquido lasciato al fondo dello speculum dopo l'irrigazione: il tutto eseguito nella nebbia fenica prodotta da un polverizzatore a vapore.

Il Prof. Tibone si propone di evitare la rottura delle membrane e la lesione di continuità delle aderenze utero placentari. Non saprei se questo scopo possa essere sempre e completamente raggiunto; o se invece la rigidità necessaria e lasciata alla sonda per distaccare le membrane dall'utero e penetrare in alto sopra la zona indicata dall'ostetrico torinese, non sia sufficiente talvolta per distaccare anche la placenta; *chè si sa*, come egli stesso scrive, *quanto sia debole e facile a rompersi il tessuto che congiunge la placenta all'utero.*

L'A. mette in chiara evidenza la causa patogenica valevole ad eccitare la contrazione uterina: questo per altro non depone contro quanto intese provare il Dott. Pinzani « che la infezione puerperale procura l'inerzia dell'utero. » Probabilmente anche qui si tratta soltanto di intenderci: mentre una leggera infezione, massime se innestata direttamente sull'utero, può determinare segni di irritazione uterina, una infezione generale, grave fin dall'esordio, può dare subito segni di paralisi o di paresi dello stesso organo.

Un fatto di ovariotomia in gravidanza occorso nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze, non ancora pubblicato, si può considerare come buon tributo nella questione.

Si tratta di una gravida di 4 mesi, che, operata di ovariotomia non riuscita asettica, soccombeva per peritonite settica tre giorni dopo l'operazione; 24 ore prima della morte abortiva. Questo aborto non imputabile ad alcuna irritazione meccanica dell'utero, che non venne toccato nè all'interno nè all'esterno, fu con-

siderata dal Prof. Chiara quale manifestazione o effetto di setticemia; e illustrando il caso colla scolaresca nel gennaio 1885, svolse questo concetto, tanto egli è convinto potere la infezione mettere in attività la contrazione uterina. In quella occasione riferì pure qualche caso da lui osservato in una epidemia di processi puerperali studiati nella Clinica ostetrica di Parma, durante la sua direzione, dove la infezione in forma di peritonite subitamente generale, *(général d'emblée)* in soprapparto, aveva dato inerzia uterina completa.

FASOLA.

NOTIZIE

Il dì 7 Gennaio si spengeva in Venezia la vita del Nestore degli ostetrici italiani Prof. **Gaètano Valtorta**. La sua vita operosa ed onesta gli avevano procacciato l'affezione e la stima di quanti l'avvicinarono, ed i suoi concittadini l'avevano voluto medico primario del Civico Ospitale, il ministero professore e Direttore del R. Istituto ostetrico, ed il Re l'insigniva con la croce d'Ufficiale della Corona d'Italia. Di lui basti dire che ancora nella tarda età di 79 anni stava nell'ostetricia militante, e la morte lo ha trovato sul campo, esempio confortevole ed imitabile ai giovani.

Venne diramata ai membri della Società italiana di ostetricia, ginecologia e pediatria la seguente circolare:

Napoli, data del timbro postale.

Ill. Signore,

In base alla decisione presa dalla Società italiana di ostetricia, ginecologia e pediatria, riunitasi in Perugia nel Settembre u. s., faccio noto alla S. V. che la Sede scelta per l'adunanza futura è stata Roma, l'epoca le ferie pasquali. Il Comitato direttivo ha quindi deliberato doversi fissare al 18 Aprile 1886 il giorno della prima seduta e doversi le adunanze continuare fino a non più tardi del giorno 22. Scopo di questa circolare è di farle nota la presa deliberazione e per pregare la S. V. di mandare il titolo delle comunicazioni che Ella intende fare in seno alla Società, non più tardi del 20 marzo p. v. al sottoscritto o ad uno dei segretarii.

Sig. Dott. Carrara — Brescia.

Sig. Dott. A. Bompiani — Roma.

Con altra circolare la S. V. sarà avvisata delle facilitazioni ferroviarie accordate ai membri della Società, del luogo e dell'ora della prima seduta. Fiducioso che la S. V. voglia concorrere con la presenza e con comunicazioni alla buona riuscita dell'adunanza, mi segno della Signoria Vostra.

Devotiss.

Prof. Ottavio Morisani.

LIBRI VENUTI IN DONO AL GIORNALE

Dott. **E. Falaschi** — Assenza totale o quasi totale dell'utero e della vagina in donna pubere. Siena, 1885 — Enrico Torrini, editore.

— Una placenta umana con due pseudo-cisti siero-sanguinolente.

Prof. **D. C. Calderini** — Andamento del R. Istituto ostetrico di Parma.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano, — Tip. Pietro Agnelli, Via Pietro Verri, 16.